Redactor de carte: Lia Decei
Tehnoredactare şi copertă: Ioan Silviu Albescu

Titlul original
Les Psychothérapies
Quelle thérapie pour quel patient?
Editions Nathan, 1993

© 1997 SC Ştiinţă & Tehnică SA
Bucureşti, Piaţa Presei Libere nr. 1, sector 1, cod 79781
Telefon: 617 58 33. Fax: 222 84 94

Această lucrare a fost realizată cu sprijinul Ministerului Cercetării şi Tehnologiei.

Tiparul: Multiprint Iaşi
Telefon: 032 211 225

Toate drepturile sînt rezervate. Reproducerea sau transmiterea, chiar şi fragmentară, indiferent de formă sau mijloc, este permisă numai cu acordul scris al editorului.

ISBN 973-9236-25-1

Winfrid Huber

PSIHOTERAPIILE

Terapia potrivită fiecărui pacient

Traducere:
Ion Dafinoiu

ŞTIINŢĂ & TEHNICĂ
BUCUREŞTI 1997

Introducere

Să scrii încă o carte de psihoterapie, ba mai mult, s-o scrii sub formă de ghid terapeutic cere o justificare, pentru că există destule lucrări de acest fel, iar unele dintre ele sunt excelente. Două sunt motivele care m-au determinat totuşi să fac acest lucru şi pe care mi-ar plăcea să le menţionez deoarece ele contribuie la o mai bună înţelegere a conţinutului cărţii.

Primul motiv îşi găseşte justificarea în experienţa mea de terapeut şi de profesor la universitate. De câtva timp întâlnesc într-adevăr din ce în ce mai des problema indicaţiei diferenţiale sau, dacă preferaţi, problema alegerii terapiei. Din ce în ce mai des întâlnesc pacienţi care îmi cer sfatul şi care mă întreabă care ar fi cea mai bună terapie pentru problema lor şi ce terapeut le-aş putea recomanda. Alţii, după o terapie nu prea reuşită sau după un eşec, vin să ceară un sfat. Din ce în ce mai mulţi studenţi îşi pun întrebări privind formarea lor şi metoda terapeutică pe care ar trebui s-o aleagă, având în vedere oferta bogată şi diversitatea opiniilor, câteodată contradictorii. La aceasta se adaugă experienţa surprinzătoare acumulată în urmă cu câţiva ani în cadrul unui program de formare. Participanţii erau psihologi cu diplomă, practicieni şi terapeuţi cu cel puţin doi ani de experienţă profesională şi psihiatri care erau cel puţin în cel de-al treilea an de specializare, care urmau un program de formare în psihoterapie de trei ani (psihanaliză, terapie comportamentală, terapie familială şi sistemică). Cu câteva excepţii, aceste persoane nu erau capabile să abordeze un caz sau o problemă dintr-o perspectivă ce depăşea

specificul pregătirii lor, adică să-l examineze în funcţie de diferitele metode de intervenţie disponibile astăzi. Problema prescripţiei inadecvate nu este numai problema debutanţilor[1], ci este vorba mai ales de o situaţie în legătură cu care ne manifestăm adesea nemulţumirea în psihoterapie, şi anume existenţa prăpastiei dintre practică şi ştiinţă sau cercetare. Acest fapt cântăreşte mai greu astăzi decât în trecut şi generează al doilea motiv al întreprinderii mele.

Acest al doilea motiv se referă la schimbarea survenită în relaţia care există între cercetare şi practică. De la sfârşitul anilor 60, aproximativ, progresele realizate în materie de sănătate mintală fac să fie din ce în ce mai puţin probabil ca un practician să poată da indicaţii şi să facă intervenţii adecvate fără să cunoască stadiul cercetărilor. Însă literatura referitoare la acest subiect, mai ales la nivelul ghidurilor terapeutice, este cvasi-inexistentă, această situaţie fiind valabilă chiar şi pentru Statele Unite. O excelentă prezentare a metodelor psihoterapeutice este

[1] Hoffmann (1989), psihiatru şi psihanalist, a trăit aceeaşi experienţă. El scrie în legătură cu acest subiect: „Părerea acceptată în mod tradiţional privind calitatea formării terapeutului este că acesta trebuie să fie în situaţia de a da o indicaţie calificată în ceea ce priveşte tratamentul. În practică însă, ca regulă generală, este vorba numai de a fi în situaţia de a da o indicaţie privind procedeul utilizat. O indicaţie diferenţială calificată nu este astăzi la îndemâna decât a unei mici minorităţi de psihoterapeuţi; aceasta este valabil practic pentru toate şcolile. Pacientul nu ştie însă nimic privitor la acest subiect". Hoffmann ne spune de asemenea ce trebuie să gândim despre această stare de lucru: „O informare corectă şi cuprinzătoare ce are drept obiect metodele terapeutice alternative, probabilitatea succesului şi eventualele inconveniente ale tratamentului propus este ceea ce consider a fi o condiţie de bază din punct de vedere al respectului faţă de celălalt. Aceasta este valabil şi atunci când îmi dau seama, bineînţeles, de faptul că mulţi pacienţi nu caută deloc să fie informaţi, ci preferă, în mod conştient sau inconştient, să-l lase pe terapeut să decidă. Este probabil cazul majorităţii". Schepank (1987) confirmă şi el această experienţă atunci când scrie: „Cea mai mare parte a medicilor specialişti şi generalişti nu sunt în situaţia de a pune un diagnostic psihologic pozitiv care să cuprindă un prognostic şi o indicaţie diferenţială; ei nu pot astfel, în mod obişnuit, să realizeze terapii adecvate (consiliere de suport, terapie scurtă sau focală, intervenţie de criză, training autogen etc.)" şi remarcă: „Dacă aceştia îndrumă pacientul la specialist, de obicei o fac prea târziu".

deja disponibilă[2] şi adresele cele mai importante au fost adunate în diferite broşuri şi lucrări ştiinţifice. Cea mai mare parte, dacă nu cumva toate ghidurile terapeutice sunt totuşi centrate pe o şcoală sau o orientare terapeutică, ceea ce nu mai pare adecvat astăzi, nici din punct de vedere ştiinţific, nici din punct de vedere practic. Acesta este motivul pentru care mi-ar plăcea să încerc să răspund, într-o manieră care să ţină cont de stadiul actual al disciplinei şi care să fie orientată pe probleme, întrebării: ce-ar trebui să ştim dacă avem probleme şi căutăm un ajutor sau vrem să apelăm la o terapie psihologică? Vom prezenta, pe fondul cunoştinţelor clinice şi ştiinţifice actuale, care sunt întrebările orientative şi cum arată tentativa de a răspunde la ele. Aceasta implică o detaşare în raport cu o gândire centrată pe şcoli şi cu un pseudopluralism oportunist care nu duce nicăieri.

Se poate, pe drept cuvânt, obiecta în privinţa acţiunii mele că „întrebările privitoare la luarea unei decizii nu pot să primească în prezent decât răspunsuri ştiinţifice nesatisfăcătoare" (*Verband Bernischer Psychologen*, 1990) şi să avansăm argumentele lui Kraiker & Peter (1983) pentru a ne feri de comparaţii privind

[2] Vezi Revenstorf (1982, 1983, 1985), Psychotherapeutische Verfahren, vol. I-IV, care este probabil cea mai bună trecere în revistă fundamentată ştiinţific a metodelor şi procedeelor psihoterapeutice. Ghidul lui Kovel (1984, originalul american din 1976) şi ghidul terapeutic editat de Kraiker & Peter (1983) sunt concepute dintr-o perspectivă mai clinică; deşi depăşite puţin, sunt, totuşi, împreună cu cele ale lui Revenstorf, cele mai bune ghiduri de limbă germană care abordează, de altfel, şi probleme pe care n-am putut să le prezentăm aici. Capitolul lui Kovel asupra terapiei comportamentale surprinde adevăratele probleme, dar este poate totuşi „prea scurt" şi mai ales este demodat, referinţa sa cea mai recentă în domeniu datând din 1974.

În limba franceză nu există încă, din nefericire, o lucrare asemănătoare. Ghidurile existente, dintre care unele conţin în parte prezentări bune de şcoli terapeutice şi câteodată sfaturi foarte bune, se preocupă prea mult de promovarea a tot felul de „terapii", de profesorii renumiţi, de şcolile lor şi de diferenţele enorme sau subtile care le separă, dar nu conţin nimic sau conţin mult prea puţin referitor la întrebările importante privind fundamentul ştiinţific al acestor „teorii" şi „terapii", eficienţa lor clinică, indicaţiile şi informaţiile din aceste ghiduri permiţând identificarea unui terapeut format şi competent (pentru că nu este suficient să fii pe liste sau membru al unei şcoli).

eficacitatea diferitelor procedee, şi anume numărul mic de cercetări validate într-adevăr, imposibilitatea unei evaluări uniforme decurgând din scopuri terapeutice diferite, incompatibilitatea datorată definiţiilor imprecise ale diferitelor metode şi posibilitatea ca terapeutul să fie mai important pentru reuşita terapiei decât metoda folosită. Aceasta, de asemenea, face compararea metodelor terapeutice mai puţin valabilă decât credeam până în prezent. Aceste argumente n-au fost, de fapt, total invalidate de cercetarea recentă şi sunt încă pertinente într-o oarecare măsură, însă mai puţin decât erau spre sfârşitul anilor '70. Mai sunt încă multe întrebări deschise, dar în acelaşi timp avem deja informaţii şi ideile prezentate aici mi se par a fi utile şi capabile să argumenteze şansele succesului datorat unei alegeri mai bune a terapiei şi terapeutului. Pentru obţinerea unui astfel de rezultat vom atrage atenţia pacientului/clientului asupra unor lucruri trecute adesea cu vederea în momentul alegerii terapiei şi îl vom încuraja să nu acorde cu uşurinţă încredere unui terapeut aparţinând uneia din numeroasele şcoli, ci să se informeze şi să participe activ la precizarea problemei şi la determinarea scopului terapeutic, cât şi la alegerea metodei terapeutice. În legătură cu organizarea cărţii, ea s-a făcut după o concepţie profesională „tehnologică", privind ajutorul şi terapia psihologică, care nu neglijează totuşi componenta sa artistică. Ea tratează problema indicaţiei diferenţiale (alegerea terapiei) din punctul de vedere al „pacientului", eventual. Pe de altă parte, mi se pare util să includ aici nu numai psihoterapia, dar şi ajutorul psihologic într-un sens mai larg, pentru că psihoterapia, în accepţie restrânsă, nu constituie decât o parte din ceea ce psihologia poate propune ca ajutor pentru persoana care suferă. Chiar dacă ne referim astfel la mai multe probleme de psihologie clinică şi de teorie a nevrozelor, această carte nu este o introducere în psihologia clinică sau în teoria tulburărilor nervoase. Ea nu este nici un ghid care să permită determinarea unui autodiagnostic sau a strategiilor terapeutice, ci îşi propune să furnizeze informaţiile necesare pentru a ajuta persoanele ce suferă de probleme şi de tulburări psihice (adolescenţi şi adulţi suferind de tulburări care nu sunt de natură psihotică) să găsească un ajutor adecvat şi eficace la un consilier sau un terapeut competent. Studentul debutant în psihologie va descoperi în ea modul în care se abordează, pe baza cunoştinţelor

clinice şi ştiinţifice actuale, problema alegerii unei psihoterapii.

Unii cititori vor găsi, poate, că unele din capitolele cărţii sunt prea detaliate sau prea tehnice. Această caracteristică relativă părea totuşi necesară aici pentru a preveni confuziile şi pentru a oferi o primă idee despre modul în care se găsesc răspunsuri valabile la întrebări privind alegerea terapiei. Cititorul grăbit va observa la începutul fiecărui capitol o scurtă prezentare a conţinutului său şi va putea astfel să localizeze cu uşurinţă problemele care îl interesează; cuprinsul, destul de dezvoltat, îl va ajuta de asemenea în această încercare. Cititorul care se interesează doar de sfaturile utile privind alegerea terapiei şi terapeutului va citi scurtele descrieri ale tulburărilor şi ale metodelor de tratament prezentate în capitolele 3 şi 4 şi recomandările de la sfârşitul secţiunilor consacrate diferitelor tulburări şi alegerii metodei terapeutice. El va citi apoi capitolul 5, făcând exerciţiile indicate, listele aflate în anexă putând să-i fie utile în acest scop. Unele dintre ele prezintă o schemă cuprinzând procesul de luare de decizie. Persoana care va dori să cunoască argumentaţia subdiacentă diverselor teze şi recomandări va citi capitolele corespunzătoare şi notele şi, de asemenea, partea privind cercetarea în psihoterapie ce se află în anexa 1. Această carte nu a fost totuşi scrisă pentru cititori grăbiţi şi persoane în căutare de ajutor, ea se adresează tuturor celor care se ocupă cu psihologia clinică şi psihoterapia, în speranţa că va constitui un ajutor în dificila problemă a luării deciziei în materie de indicaţie diferenţială.

Această carte a fost scrisă datorită ajutorului primit din partea mai multor persoane: Christine Cardon de Lichtbuer a dactilografiat manuscrisul şi a întocmit listele, tabelele şi bibliografia. Colegii şi prietenii mei, profesorul Meinrad Perrez şi soţia sa Ulrike, mi-au acordat nenumărate ore de discuţii în casa lor primitoare. Domnul Perrez este, de altfel, cel care mi-a cerut să public această lucrare a cărei ediţie în limba germană a apărut sub titlul *Probleme, Ängste, Depressionen. Beratung und Therapie bei psychischen Störungen*. Colegul şi prietenul meu, profesorul Matty Chiva (Université de Paris-X), mi-a propus să public o adaptare a acesteia în limba franceză în colecţia pe care o conduce. Îi sunt recunoscător pentru sfaturile pe care mi le-a dat cu această ocazie. Îi rog pe aceşti colegi şi prieteni ai mei, cărora le datorez mai mult decât câteva sfaturi şi informaţii, să găsească aici expresia recunoştinţei mele.

CAPITOLUL I

Ce este o tulburare psihică?

Pentru a cunoaşte mai bine tot ce este în legătură cu ajutorul şi terapia psihologică, trebuie să aruncăm mai intâi o privire asupra ansamblului domeniului în care acest ajutor este necesar, căutat şi oferit. În acest scop, vom începe prin a ne documenta asupra naturii tulburărilor psihice informându-ne asupra modului în care aceste tulburări sunt trăite de pacient şi asupra denumirii lor în limbajul curent. Vom încerca apoi să vedem cum răspund acestor probleme ştiinţele specializate. În capitolele care urmează, diferitele categorii şi forme de tulburări psihice sunt prezentate după clasificarea lor pentru a da o idee privind varietatea lor şi modul în care pot fi ordonate. Se va găsi, de asemenea, un cadru pentu a clarifica tulburările, iar o selecţie a acestora va fi prezentată în capitolele 3 şi 4. Dat fiind faptul că avem destule informaţii privind cauzele şi dezvoltarea tulburărilor psihice şi că ne bucurăm de existenţa unor concepte tradiţionale şi demne de stimă în acest domeniu, această temă va fi abordată în secţiunea următoare. Acestea fiind spuse, vom fi atenţi mai ales la maniera în care aceste probleme se discută astăzi şi la cunoştinţele empirice disponibile în acest domeniu. Şi, în sfârşit, este important, în acest context, să ne oprim un moment asupra frecvenţei şi mai ales asupra gravităţii tulburărilor şi necesităţii tratamentului. În literatură, aceste trei aspecte sunt tratate global, aproape ignorate, ceea ce poate conduce la neînţelegeri importante.

1. Natura tulburărilor psihice

Modul în care tulburările psihice sunt trăite de cei care suferă de acestea se exprimă la nivelul acuzelor pacientului şi în

răspunsul pe care acesta îl dă întrebărilor care îi sunt puse în cursul întrevederii clinice. În varietatea acestor lamentaţii şi descrieri putem distinge, împreună cu Jaspers (1948), tulburările care sunt „fenomene singulare ale vieţii psihice anormale" de cele care privesc „starea în ansamblu a vieţii psihice în care apar acestea". Aceste răspunsuri ţin cont deci de starea de conştiinţă, care - contrar a ceea ce gândim de obicei - poate să fie foarte variată. Tabelul nr. 1 dă o vedere de ansamblu a acestor manifestări subiective ale vieţii psihice morbide.

Asupra acestui subiect trebuie să remarcăm că multe din aceste fenomene singulare ale vieţii psihice dereglate, şi chiar starea de conştiinţă alterată, pot fi trăite de persoane normale atunci când se găsesc în condiţii deosebite (adormire, trezire, vis, oboseală, febră etc.) Aceste experienţe nu sunt neapărat identice cu cele trăite de bolnavi, dar ele pot să ne ajute să ne imaginăm şi să ne reprezentăm experienţe anormale, chiar psihotice.

Limitându-ne la tulburările psihice nonpsihotice care constituie subiectul acestui ghid, se poate spune că natura tulburărilor psihice este resimţită la nivelul experienţei trăite ca o anxietate esenţială şi ca o problemă fundamentală, pentru care, cu toate eforturile şi încercările de până în prezent, nu s-au putut găsi soluţii, care pare a avea din ce în ce mai puţine şanse de a fi rezolvată şi face să sufere individul. Aceeastă stare de anxietate se exprimă în diferite moduri, pacienţii spunând de exemplu: „ceva nu este în ordine în viaţa mea", „ceva nu merge", „ceva nu se învârte cum trebuie", „nu este armonie", sau chiar: „în viaţa mea nu mai este calm, pace şi fericire", „ea nu mai are sens". Faptul că problema nu poate fi rezolvată şi disperarea în care aceştia se găsesc se exprimă în fraze precum: „este teribil", „nu mai ştiu ce să fac", „nu mai ştiu ce o să se întâmple" etc. La aceasta se adaugă adesea un sentiment de alterare, o senzaţie că nu-ţi mai trăieşti viaţa, că pluteşti într-o oarecare măsură în derivă, că ţi-ai pierdut libertatea şi autocontrolul, că nu mai poţi să iei decizii. Cu excepţia câtorva tulburări psihotice şi a unor tulburări de personalitate, tulburările psihice sunt deci trăite ca o anxietate şi ca o deviaţie (cu condiţia să nu fie doar uşoare şi sporadice). Ele fac să sufere pacientul, care în general nu le înţelege, nu poate să le controleze. Această pierdere a libertăţii şi controlului şi tentativele ce conduc la soluţii nereuşite, repetitive, opresc dezvoltarea personalităţii. Este

A. Fenomene singulare ale vieţii psihice anormale
1. Conştiinţa obiectelor
ex.: anomaliile de percepţie şi de reprezentare, conştiinţa corporalităţii
2. Experienţă trăită privind timpul şi spaţiul
ex.: infinitatea spaţială, pierderea conştiinţei timpului
3. Conştiinţa corpului
ex. dureri în membrele amputate, halucinaţii senzoriale, trăirea „dublului"
4. Conştiinţa realităţii şi ideile delirante
ex.: „trăiri ale alienării", trăiri delirante, idei delirante
5. Sentimente şi stări afective
ex.: modificarea sentimentelor corpului, a forţei şi performanţei, apatie, sentimente fără obiect
6. Acces, impuls şi voinţă
ex.: conştiinţa neputinţei sau inhibării voinţei, acte impulsive
7. Conştiinţa sinelui
ex.: tulburări de activitate, de unitate şi de identitatea eului, de conştiinţa personalităţii
8. Fenomene reflexive
ex.: neautenticitate isterică, fenomene obsesionale

B. Totalitatea momentană: starea de conştiinţă
1. Atenţia şi variaţiile conştiinţei
ex.: destrămarea conştiinţei, expansiunea conştiinţei
2. Somn şi hipnoză
ex.: vis, adormire şi trezire, hipnoză
3. Alterări psihotice ale conştiinţei
ex.: conştiinţă adormită, conştiinţă alterată, conştiinţa aurei
4. Forme de trăiri fantastice
ex.: trăirea stărilor de beatitudine ca urmare a unei intoxicatii cu opiu, trăiri fantastice ale psihozelor schizofrenice

Tabelul 1: *Privire de ansamblu asupra fenomenelor subiective ale vieţii psihice morbide* (simplificată după Jaspers, 1948).

elementul prin care tulburările psihice se deosebesc de problemele şi fazele critice ale vieţii normale.

Această idee de anxietate, de deviere, de dezordine şi de alterare se regăseşte în modul în care limbajul cotidian descrie

tulburările psihice: „e sărac cu duhul", „ceva nu este în regulă", „este straniu, bizar", „îi lipseşte o doagă", este „nebun", „anormal", „bolnav (mintal)" etc. Şi este interesant de văzut că limbajul curent nu consideră sinonime aceste calificative, ci distinge stadiile de gravitate, mergând de la ceea ce este „încă normal" până la „anormal" şi evident „maladiv şi patologic". Aceşti ultimi termeni sunt utilizaţi atunci când un comportament depăşeşte ceea ce se înţelege în mod curent prin „normal" sau îi scapă şi are nevoie de un alt tip de explicaţie care s-ar găsi în boală.

În disciplinele specializate care au drept obiect de studiu tulburările psihice, de exemplu psihiatria, psihopatologia şi psihologia clinică, se observă reapariţia noţiunilor întâlnite la nivelul experienţei trăite şi al limbajului curent. Dar în aceste discipline ele sunt sistematizate cu ajutorul conceptului şi modelelor de boală. Fără să aprofundăm aici problemele pe care le ridică acest concept de boală, ne vom limita la a da câteva indicaţii importante pentru subiectul nostru.

1.1 Fapte şi criterii

Având în vedere punctul de vedere adoptat, conceptul de „boală" înseamnă:
- o experienţă subiectivă de rău, indispoziţie şi handicap;
- o modificare a corpului şi a persoanei în ceea ce priveşte starea de bine, comportamentul şi nivelul performanţei;
- sau un rol social presupunând drepturi şi îndatoriri.

Vom vorbi de „boală" pentru a desemna starea obiectivă, în timp ce „fiinţa bolnavă" desemnează starea subiectivă, experienţa trăită.

Noţiunea opusă, antitetică celei de „boală" este „sănătate". Ea desemnează:
- „starea de bine corporal, psihic şi social", deci starea de sănătate;
- absenţa bolii, adică absenţa degradărilor biologice la nivelul structurilor şi proceselor corporale;
- şi „starea capacităţii de performanţă optimă a individului în realizarea rolurilor şi sarcinilor pentru care a fost socializat" (Parsons, 1967).

Tabelul 2 indică, după Becker (1986), stările de sănătate şi boală, caracterizându-le.

Boala nu se defineşte totuşi doar prin criterii obiective (în cazul tulburărilor psihice acestea lipsesc în cele mai multe cazuri). Judecăţile de valoare pot, de asemenea, să joace un rol important în determinarea acesteia: în consecinţă putem spune că nu există încă o definiţie general acceptată a sănătăţii şi a bolii. Preocuparea pentru sănătate obligându-ne însă să deosebim starea de sănătate de cea de boală, apelăm la o soluţie pragmatică: este bolnavă persoana care este considerată astfel de către medic prin intermediul unui diagnostic sigur de boală. Nici tratamentul nu necesită o definiţie a bolii acceptată în mod general; de aceea nu vom folosi aici decât definiţii specifice ale unor boli, adică definiţiile diferitelor boli.

1.2. Modelele de boală

Problema naturii tulburărilor psihice - şi mai ales a bolii - nu înseamnă doar întrebarea „care", adică diferenţierea lor de alte fenomene, ci şi „cum", adică modul în care o înţelegem. Diferitele moduri de a înţelege tulburările psihice pot fi prezentate prin trei modele[1]:

1. După „modelul medical", dezvoltat pornind de la lucrările lui Koch şi Pasteur, cauza unei boli trebuie căutată într-un factor specific care poate fi, de altfel, de natură diferită (bacteriologică, virală, toxică, metabolică etc.). Acest factor patologic specific este suficient pentru a explica procesul patogen fără a fi nevoie de alţi factori, de exemplu factori psihologici sau sociologici. La sfârşitul secolului trecut, acest model „infecţios" simplificator şi unicauzal a fost aplicat în general tulburărilor psihice şi a exercitat o mare influenţă asupra modului în care erau înţelese în medicină comportamentele deviante şi tulburările psihice. Consecinţele aplicării acestui model tulburărilor psihice pot fi rezumate astfel:
- comportamentul anormal şi tulburările psihice sunt înţelese ca simptome ale unei boli ascunse;
- această boală este în individ şi trebuie descrisă ca o entitate morbidă având o cauză şi o dezvoltare specifică;

[1] Pentru o descriere a diferitelor modalităţi de abordare a tulburărilor psihice vom consulta lucrarea lui Ionescu (1991): "Paisprezece modalităţi de abordare a psihopatologiei". Vom găsi aici de altfel şi o bună bibliografie, cu lucrări de psihopatologie în limba franceză.

Semne de boală		
Domeniul indicatorilor	**Boală somatică**	**Boală psihică**
Dispoziţii emoţionale negative vs pozitive	Durere „fizică"; rău fizic	Stări emoţionale negative anxietate, depresie, iritabilitate, sentimente de culpabilitate etc.)
	Acuze privind starea actuală	
Lipsă de energie şi de elan vs interes şi nivel de energie ridicat	Pierdere de energie; oboseală, slăbiciune	Lipsă de elan sau tulburări ale elanului vital
	Perseverenţă diminuată	
Defensivă vs expansivitate	Atitudine proiectivă; procese compensatoare şi restitutive	Mecanisme de apărare patologice sau extreme; tendinţe spre evitare
Tulburări funcţionale şi ale performanţei vs performanţă optimală şi productivitate	Tulburări ale unor anume sisteme de organe sau ale unor funcţii fizice	Tulburări ale unor funcţii psihice (percepţie. gândire memorie, sentimente,...)
	Afectarea capacităţii de a-şi juca rolul şi de a-şi îndeplini sarcinile; afectarea capacităţii de muncă	
Concentrare pe sine vs transcendenţa sinelui	Atenţie crescută pentru propriul corp (organe bolnave, etc.)	Atenţie crescută pentru persoana proprie (comportament experienţă trăită, valori, întrebări privind sensul lucrurilor şi al vieţii etc.)
	Interes redus pentru anturaj; capacitate redusă de iubire	
Căutarea unui ajutor, dependenţă vs autonomie	Impresie de dependenţă şi căutarea unui ajutor medical	Impresie de dependenţă şi căutarea ajutorului psihologic
	Trăire cu control diminuat Neputinţă	
Sentiment al valorii personale scăzute vs ridicate	Impresie de „deficienţă organică"; respingerea propriului corp	Impresie de „deficienţă psihică"; respingerea propriei persoane
	Stimă de sine diminuată; autocritică crescută; lipsă de încredere în sine	

Semne de sănătate	
Sănătate somatică	**Sănătate psihică**
Confort „fizic"	Confort „psihic"; frecvenţă crescută a sentimentelor pozitive; frecvenţă scăzută a sentimentelor negative
Satisfacţie privind starea actuală	
Abundenţă de energie; vitalitate, forţă fizică	Activitate, interes, plăcere de a întreprinde ceva
Perseverenţă	
Apărare fizică	Afirmarea sinelui; expresivitate; spontaneitate; realizarea sinelui
Funcţii fizice „optimale" performanţă fizică ridicată	Funcţii psihice „optimale"; ex. comportament competent, contact cu realitatea, putere de voinţă, autocontrol, creativitate
Capacitate intactă de a-şi juca rolul şi de a-şi îndeplini sarcinile, productivitate crescută	
Atenţie scăzută pentru propriul corp funcţionarea organelor etc.)	Atenţie scăzută pentru propria persoană (comportament, valori, probleme de sens etc.)
Interes crescut pentru anturaj; angajare în „proiecte", capacitate de iubire, generativitate	
Nu este nevoie de ajutor medical	Nu este nevoie de ajutor psihologic
Certitudine privind controlul intern Autonomie	
Acceptarea propriului corp; „mândrie" prvind forma sa fizică	Acceptarea propriei persoane (caracter etc.)
Stimă de sine crescută; încredere în sine	

Tabelul 2: *Indicatori ai stării de sănătate şi de boală* (extras din Becker & Minsel, 1986, *Psychologie der seelischen Gesundheit*, vol. 2: *Persönlichkeitspsychologische Grundlagen, Bedingungsanalysen und Förderungsmöglichkeiten*, Dr. C.J. Hogrefe, Verlag für Psychologie).

- adevăratele cauze ale bolii sunt somatice (adică sunt în corp), dar sunt şi situaţii nonsomatice care declanşează boala;
- caracteristicile menţionate au drept consecinţă faptul că procesele patogene se desfăşoară independent de pacient şi de mediul înconjurător, după legile factorilor somatici proprii individului.

După acest „model infecţios", cunoaşterea şi tratamentul tulburărilor psihice se sprijină pe studiul factorilor somatici, factorii psihosociali jucând cel mult un rol secundar.

În psihiatrie acest model era contestat şi chiar în medicina somatică a devenit cu timpul relativ. Reacţiile cele mai puternice au apărut în anii '60. Ele aveau motive diferite şi veneau din medii diferite: antipsihiatria, ştiinţele sociale şi terapia comportamentală.

2. „Modelul psihosocial", apărut din critica modelului infecţios, caută, pentru a explica tulburările psihice, mai ales factorii psihologici şi sociali. Terapia comportamentală, de exemplu, este concepută ca o aplicare a cunoştinţelor ştiinţifice din domeniul psihologiei la înţelegerea şi la soluţionarea problemelor clinice (Yates, 1970). În această terapie bazată pe teoriile învăţării, tulburările psihice nu sunt înţelese ca fiind consecinţele factorilor somatici (boala), ci ale unui mediu şi ale unui proces de învăţare nefavorabil (Wolpe, 1958; Ullman & Krasner, 1969), care pot explica dezvoltarea şi persistenţa tulburărilor. Observaţia clinică şi experimentul au procurat documentaţia necesară şi au favorizat dezvoltarea unor metode terapeutice noi şi experimentate.

Ştiinţele sociale, mai ales cercetările autorilor teoriei etichetării privind devierea socială, au criticat în aceeaşi măsură abordarea unilaterală somatică şi intrapsihică a cauzei tulburărilor psihice propusă de modelul medical.

Scheff (1966), care nu neagă influenţa acestor factori, dar estimează că trebuie relativizată, propune să analizăm tulburările psihice în termenii învăţării de roluri. Atribuirea etichetelor diagnostice unui pacient i se pare a fi un factor crucial, pentru că acest proces va influenţa, prin calea indirectă a reprezentărilor stereotipice privind tulburările psihice, atât comportamentul pacientului, cât şi reacţiile celor din jur. Pacientul este astfel condus să se identifice cu un rol deviant. Fără atribuirea unui astfel de diagnostic, tulburarea ar fi fost o uşoară deviere de la normal, n-ar fi devenit atât de importantă şi ar fi fost trecătoare.

Psihiatria şi mai ales antipsihiatria (de exemplu Szasz, 1960) subliniază, de asemenea, rolul jucat de atribuirea de diagnostic şi de condiţiile de socializare deteriorate (adică condiţiile în care se realizează integrarea socială). În consecinţă, autorii pun accentul pe unul sau pe altul din aspecte, interpersonal, familial sau social-global.

Avantajele modelului psihosocial derivă mai întâi din faptul că el situează studiul tulburărilor psihice în câmpul ştiinţelor sociale empirice şi sporeşte astfel şansele unei mai bune cunoaşteri ştiinţifice şi practice. Acest model pune în evidenţă factorii psihici şi sociali neglijaţi de modelul medical. Aceasta are drept consecinţă nu numai o mai bună definiţie a obiectului psihologiei clinice, ci şi dezvoltarea metodelor psihologice de intervenţie. Neajunsurile acestui model sunt în acelaşi timp la fel de clare: sunt aceleaşi ca ale modelului infecţios, dar în sens invers. Modelul psihosocial explică probabil mai bine tulburările de origine psihică sau socială, dar nu furnizează explicaţii asupra tulburărilor de origine somatică. În plus, lipseşte un aspect esenţial, care este caracteristic atât tulburărilor somatice cât şi celor psihice: interacţiunea factorilor şi geneza multifactorială a tulburărilor.

3. „Modelul biopsihosocial", care face într-o oarecare măsură sinteza dialectică a celor două modele precedente, ţine cont de această interacţiune a factorilor şi de geneza multifactorială a tulburărilor.

Ipoteza patogenezei multifactoriale stabileşte că, exceptând cazurile rare, bolile somatice, ca şi tulburările psihice, sunt rezultatul mai multor factori diferiţi ce se găsesc într-o interacţiune constantă. În ceea ce priveşte patogeneza, acest model stabileşte, în plus, că nu există distincţie între tulburările fizice şi tulburările psihice. Aceasta înseamnă că factorii psihosociali pot provoca bolile fizice tot aşa cum factorii biologici pot interveni în geneza tulburărilor psihice. Orice tulburare, fie ea de natură somatică sau psihică, este cauzată deci de factori psihologici şi somatici. „Alegerea bolii", de exemplu faptul că o serie de situaţii stresante nu lasă urme, diminuează randamentul muncii sau duce mai degrabă la tulburări coronariene decât caracteriale, depinde de factori multipli în interacţiune. Aceşti factori sunt în acelaşi timp somatici, psihici şi sociali: sensibilitatea organelor, reactivitatea sistemelor psihologice, factorii de risc tradiţionali (caracteristicile sanguine, tabagismul, lipsa exerciţiului fizic etc.),

natura şi durata stresului, cât şi modul în care o persoană de o anumită vârstă, având o anumită personalitate şi o anumită strategie de gestionare a stresului, înţelege, suportă şi controlează situaţiile de stres într-un anumit context.

În medicina somatică, Schäfer & Blohmke (1977) au aplicat acest model pentru a explica bolile coronariene, Weiner (1978) le-a analizat semnificaţia şi le-a subliniat importanţa.

În psihiatrie, importanţa acestui model a fost analizat şi subliniat de Eisenberg (1977) şi Engel (1977) (vezi şi Beahrs, 1986). În psihologia clinică, Wittiing (1980) l-a folosit pentru a arăta cum intervin factorii psihosociali în geneza bolilor somatice.

2. Varietăţi şi forme de tulburări psihice

Caracteristicile generale ale tulburărilor psihice fiind deja prezentate, ne vom consacra atenţia asupra formelor mai deosebite de manifestare ale acestora, adică asupra descrierii şi clasificării lor. Cum o prezentare de ansamblu a acestei probleme ar depăşi cadrul lucrării şi cum formele cele mai importante de ajutor şi de terapie psihologică sunt descrise pe scurt în capitolele 3 şi 4, ne vom opri aici asupra câtorva probleme generale şi asupra prezentării sistemelor de clasificare cele mai folosite astăzi. Prima obligaţie a disciplinelor ce tratează tulburările psihice este, bineînţeles, să descrie caracteristicile subiective şi obiective, semnele şi simptomele, aşa cum se prezintă, izolat sau în asociaţie cu altele. Al doilea pas va fi să se facă ordine în multitudinea de fenomene descrise, sistematizându-le sau clasificându-le după unele criterii. Atunci când vorbim de clasificare, putem totuşi să înţelegem şi altceva, adică atribuirea fenomenelor sau indivizilor claselor unui sistem. În acest al doilea caz se vorbeşte şi de diagnostic (vezi mai departe).

Scopul sistemelor de clasificare a tulburărilor psihice nu se reduce doar la o ordonare a multiplelor fenomene, el constă şi în furnizarea informaţiilor asupra tipului, originii şi dezvoltării tulburării. Aceasta permite prescrierea de indicaţii terapeutice, pentru că experienţa arată că există diverse forme de tulburări şi diferite posibilităţi de a le trata. Al doilea scop al sistemelor de clasificare este de a permite clinicienilor şi cercetătorilor să comunice între ei.

Condiţiile pentru ca o clasificare să poată fi utilă depind de

scopul acesteia şi de caracteristicile sale formale. Caracteristicile formale cele mai importante sunt fidelitatea, validitatea şi omogenitatea claselor şi obiectivitatea. Categoriile ar trebui descrise într-un asemenea mod încât aplicarea lor (la unul şi acelaşi pacient) de către diferiţi practicieni să conducă la acelaşi rezultat (fidelitate interjudecători) iar acesta să rămână acelaşi în timpul aplicaţiilor succesive (stabilitatea diagnosticului). În ceea ce priveşte validitatea, trebuie să distingem trei aspecte: vom vorbi despre validitate etiologică atunci când găsim aceeaşi etiologie (adică cauza bolii) la toţi pacienţii din această clasă de diagnostic; de validitate predictivă dacă predicţiile făcute pornind de la categorii se realizează efectiv; şi de validitate concurentă atunci când este vizată asocierea de trăsături caracteristice care nu fac totuşi parte din diagnosticul propriu-zis (de exemplu, dificultatea cu care cea mai mare parte a pacienţilor schizofreni se adaptează mediului de lucru). Omogenitatea unei clase de diagnostic vizează gradul de similitudine a caracteristicilor importante ale pacienţilor cărora li se atribuie această clasă diagnostică. Obiectivitatea semnifică, în sfârşit, că atribuirea la clasele diagnostice ar trebui să fie independentă de persoanele care fac această atribuire; practicienii independenţi care folosesc acelaşi sistem de clasificare ar trebui astfel să ajungă la acelaşi diagnostic.

Aceste diferite condiţii de fidelitate, validitate, omogenitate şi obiectivitate sunt îndeplinite într-o măsură variabilă de diferitele categorii, astfel încât se pot distinge categorii mai mult sau mai puţin utilizabile. Categoriile diagnostice ale psihozelor organice, de exemplu, îndeplinesc mai bine criteriile menţionate decât cele ale psihozelor funcţionale, care sunt, la rîndul lor, „mai bune" decât categoriile tulburărilor de personalitate; printre tulburările anxioase, categoria „fobie simplă", de exemplu, este mai bună decât „agorafobia cu accese de panică".

Pentru a da o idee privind varietatea tulburărilor psihice şi posibilităţile lor de clasificare, vom prezenta aici extrase din cele două sisteme de clasificare cele mai folosite astăzi.

2.1. Clasificarea internaţională CIM-9

Clasificarea internaţională CIM-9 (clasificarea internaţională a bolilor a Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii, OMS)

reprezintă un sistem de clasificare pentru toate bolile (deci şi pentru bolile somatice)[2]. Ea împarte bolile psihice în trei categorii principale, treizeci subgrupe şi o sută şaptezeci şi cinci diagnostice (vezi tabelul 3).

Această clasificare mai cuprinde în plus un glosar ce descrie pe scurt unităţile de clasificare. Aceste unităţi au fost concepute în funcţie de diverse aspecte (etiologie, sindrom, evoluţie, terapie) care au o importanţă diferită în diferitele unităţi diagnostice. Această clasificare este rezultatul deciziilor internaţionale bazate pe consens, influenţate de factori politici, de politica profesională şi de opiniile şcolilor. Ea este concepută în principal pentru comparaţii internaţionale şi statistici folosite în spitale şi sunt mai puţin indicate pentru cercetare şi elaborarea de planuri terapeutice.

Grupul psihozelor (CIM-Nr 290-299) este definit astfel:

> „Tulburări mintale în care afectarea funcţionării mintale este de aşa natură încât perturbă grav conştiinţa, contactul cu realitatea şi posibilităţile de a face faţă problemelor existenţei. Termenul psihoză nu este definit exact. Înapoierea mintală este exclusă".

Este vorba deci de o alterare, de o destructurare sau de o dezintegrare a centrului persoanei, a „eului" sau a „sinelui" care este însoţită de tulburări privind experienţa propriului corp, în legătură cu timpul, spaţiul şi realitatea. În funcţie de pacienţi, de gravitate, de momentul şi forma tulburării, această stare este însoţită de sentimente mai mult sau mai puţin puternice de nelinişte, de angoasă sau de groază, de alienare sau de disperare.

Psihozele organice sunt tulburări datorate unor cauze organice, de exemplu o boală cerebrală. Aceasta poate fi cauzată de alterări ale vaselor sanguine (de exemplu arterioscleroza), de atrofii senile (de exemplu demenţa senilă), de droguri sau de intoxicaţii (de exemplu alcoolismul cronic).

[2] Versiunea germană a ICD-10 a apărut în 1991. Ea prezintă câteva schimbări substanţiale (noţiunea de „boală", de exemplu, este în mare măsură înlocuită prin aceea de „tulburare", tulburările depresive au fost clasate după gradul de gravitate şi evoluţie, iar tulburările exprimate prin noţiunea de „nevroze" au cunoscut de asemenea o subdiviziune nouă). Totuşi, deoarece o mare parte din literatura şi limbajul psihiatric se referă la CIM-9, o vom folosi în cele ce urmează.

Psihoze (290-299)		
Psihoze organice (290-294)	290	Stări psihotice organice senile şi presenile
	291	Psihoze alcoolice
	292	Psihoze datorate drogurilor
	293	Stări psihotice organice tranzitorii
	294	Alte stări psihotice organice (cronice)
Alte psihoze (295-299)	295	Psihoze schizofrenice
	296	Psihoze afective
	297	Stări delirante
	298	Alte psihoze nonorganice
	299	Psihoze specifice copilăriei
Tulburări nevrotice ale personalităţii, şi alte tulburări nonpsihotice (300-316)		
	300	Tulburări nevrotice
	301	Tulburări de personalitate
	302	Deviaţii şi tulburări sexuale
	303	Sindroame de dependenţă alcoolică
	304	Farmacodependenţă
	305	Abuz de droguri la o persoană nondependentă
	306	Tulburări fiziologice de natură psihică
	307	Simptome sau tulburări speciale neclasate în altă parte
	308	Reacţii puternice la o situaţie foarte stresantă
	309	Tulburări de adaptare
	310	Tulburări mintale specifice non psihotice consecutive unei boli somatice cerebrale
	311	Tulburări depresive neclasate în altă parte
	312	Tulburări de comportament neclasate în altă parte
	313	Tulburări de afectivitate specific copilăriei şi adolescenţei
	314	Sindrom de instabilitate specific copilăriei (sindrom hiperchinetic specific copilăriei)
	315	Retardări specifice dezvoltării
	316	Factori psihici asociaţi afecţiunilor clasat în altă parte
Înapoiere mintală (317-319)	317	Înapoiere mintală uşoară
	318	Altă înapoiere mintală de nivel precizat
	319	Înapoiere mintală de nivel neprecizat

Tabelul 3: *Clasificarea tulburărilor psihice după CIM-9*

„Psihozele endogene" sunt psihozele la care se presupune o cauză organică fără ca totuşi s-o putem evidenţia. Această noţiune a fost utilizată în legătură cu tulburările maniaco-depresive şi schizofrenice şi trebuia să indice că nu este vorba de o boală psihogenă (adică provocată de factori psihici), ci de o boală ereditară, congenitală sau somatică a cărei cauză precisă este încă ignorată. În prezent, această noţiune este mai rar folosită; ea nici nu se mai găseşte, de altfel, în DSM-III.

Clasificarea nevrozelor şi tulburărilor de personalitate este prezentată în tabelul 4.

Grupul nevrozelor este definit astfel:

> „Tulburările nevrotice sunt tulburări mintale fără nici o bază organică dovedită faţă de care bolnavul poate să păstreze o luciditate perfectă, ce nu este însoţită de nici o alterare a sensului realităţii şi în care, de obicei, subiectul nu confundă experienţele sale subiective şi fantasmele sale morbide cu realitatea exterioară. Comportamentul poate fi perturbat, deşi rămâne în general între limitele acceptate din punct de vedere social, dar personalitatea nu este dezorganizată. Principalele manifestări sunt o anxietate excesivă, simptome histerice, fobii, simptome obsesionale şi compulsive, depresia".

Datorită faptului că în capitolele 3 şi 4 vom da scurte descrieri ale câtorva tulburări nevrotice selectate, renunţăm aici la o prezentare mai amănunţită a nevrozelor.

În ceea ce priveşte distincţia dintre nevroză şi psihoză, clasificarea CIM-9 remarcă: „Deşi distincţia dintre nevroză şi psihoză este dificilă şi dă naştere la controversă, ea a fost menţinută în virtutea obişnuinţei".

Tulburările de personalitate (psihopatiile, nevrozele de caracter) sunt descrise de CIM-9 astfel:

> „Forme de comportament inadaptat profund fixate, uşor de recunoscut în adolescenţă sau mai devreme şi persistând în cea mai mare parte a vieţii de adult, deşi devin adesea mai puţin evidente în perioada vârstei mijlocii şi a bătrâneţii. Personalitatea este anormală, fie în ceea ce priveşte echilibrul, calitatea sau expresia componentelor sale, fie global. Această alterare

300 Tulburări nevrotice	301-316 Alte tulburări non-organice/ nonpsihotice
300.0 Stări anxioase	301 Tulburări de personalitate
300.1 Isterie	302 Deviaţii şi tulburări sexuale
300.2 Stări fobice	303 Sindrom de dependenţă
300.3 Tulburări obsesionale şi compulsive	303 Sindrom de dependenţă alcoolică
300.4 Depresie nevrotică	304 Farmacodependenţă
300.5 Neurastenie	305 Abuz de droguri la o persoană nondependentă
300.6 Sindrom de depersonalizare	306 Tulburări ale funcţiilor fiziologice de origine psihică
300.7 Ipohondrie	307 Simptome sau tulburări speciale neclasate în altă parte
300.8 Alte tulburări nevrotice	308 Stări reacţionale acute la o situaţie foarte stresantă
300.9 Fără precizare	309 Tulburări de adaptare
	310 Tulburări mintale specifice nonpsihotice consecutive unei boli cerebrale organice
	311 Tulburări depresive neclasate în altă parte
	312 Tulburări de conduită neclasate în altă parte
	313 Tulburări de afectivitate specifice copilăriei şi adolescenţei
	314 Sindrom de instabilitate specific copilăriei (sindrom hiperchinetic al copilăriei)
	315 Retardări specifice dezvoltării
	316 Factori psihici asociaţi afecţiunilor clasate în altă parte

Tabelul 4: *Clasificarea tulburărilor nevrotice, a tulburărilor de personalitate (psihopatii) şi a altor tulburări nonpsihotice (300-316).*

cauzează suferinţe bolnavului sau anturajului său, cu consecinţe nocive pentru individ sau societate. Aceste tulburări sunt denumite câteodată cu numele de personalitate psihopatică. Dacă ele sunt în principal datorate disfuncţiei cerebrale, nu le vom clasa în această categorie, ci în aceea a sindroamelor cerebrale organice nonpsihotice (310). Atunci când bolnavul prezintă o anomalie a personalităţii în raport direct cu nevroza sau cu psihoza sa, de exemplu o personalitate schizoidă la un schizofren sau o personalitate anancastică la un obsesional, trebuie să adăugăm în plus diagnosticul de nevroză sau de psihoză corespondentă. Nevroză de caracter".

În ceea ce priveşte tratamentul tulburărilor psihice, nevrozele şi tulburările de personalitate constituie adevăratele domenii ale psihoterapiei. Aceasta nu exclude totuşi un tratament psihofarmacologic, aşa cum vom vedea în capitolele 3 şi 4.

Tulburări psihosomatice - deşi această categorie nu se mai găseşte în CIM-9, este util să explicăm aici ce înseamnă, având în vedere faptul că în limbajul specializat şi chiar în limbajul curent este vorba adesea de boli psihosomatice şi de „psihosomatică". La aceasta se adaugă faptul că în acest domeniu intervenţia psihologică şi psihoterapia pot fi foarte utile.

În general, desemnăm prin tulburare sau boală „psihosomatică" o tulburare fizică (somatică, corporală) în ale cărei origine, dezvoltare şi persistenţă intervin factori psihologici. Este vorba, pe de o parte, de tulburări fără corespondenţă organică demonstrată, ca de exemplu unele dureri, paralizii psihogene sau vaginismul; pe de altă parte, boli prezentând tulburări funcţionale stabilite, de exemplu astmul bronşic sau migrenele. Din această categorie fac parte de asemenea bolile „psihogene", însoţite de degradări morfologice obiective (adică degradarea ţesuturilor), de exemplu hipertensiunea arterială, unele ulcere ale stomacului sau artrita reumatismală. Sistemele de clasificare curente limitează totuşi această noţiune la bolile cu degradări morfologice sau funcţionale obiective şi demonstrate ca atare.

Pentru a oferi o idee privind bolile numite psihosomatice, dăm aici (tabelul 5) o listă a câtorva asemenea tulburări. Le prezentăm în funcţie de zona corporală în care se manifestă, fără să intrăm în problemele privind clasificarea şi diagnosticul lor.

Etiologia şi patogeneza tulburărilor psihosomatice au

1. Boli de piele - ex.: eczemă idiopatică, hiperhidroză (transpiraţie excesivă), prurit
2. Boli ale muşchilor - ex.: torticolis psihogen, dureri de cap datorate tensiunii, dureri de ceafă
3. Boli ale aparatului respirator - ex.: hiperventilaţie, astm bronşic
4. Bolile inimii şi ale aparatului circulator - ex.: nevroză cardiacă, hipertonie, tahicardie, migrene
5. Bolile sângelui şi ale organelor hematopoietice
6. Bolile aparatului digestiv - ex.: aerofagie, ulcere peptice, gastrite cronice, diaree, constipaţie
7. Bolile organelor genito-urinare - ex.: amenoree, vaginism, retenţie urinară, impotenţă.
8. Bolile sistemului endocrin - ex.: hiper şi hipotiroidie
9. Bolile sistemului nervos şi ale organelor de simţ ex.: tulburări olfactive, tactile

Tabelul 5: *Tulburări psihosomatice* (cf. CIM-8).

generat mai multe ipoteze. Constatarea de bază, făcută atât în viaţa de toate zilele, cât şi în laborator, este că emoţiile şi sentimentele noastre (de exemplu frica, bucuria, furia) sunt acompaniate de activare fiziologică (de exemplu creşterea ritmului cardiac, transpiraţie etc.). În viaţa de toate zilele, aceste activări fiziologice revin la normal după un oarecare timp; în cazul tulburărilor psihosomatice, această întoarcere la normal nu se face, activarea fiziologică persistă şi, după un timp, sfârşeşte prin a produce dereglări organice. Acesta este rezultatul unui proces de interacţiune complex între variabilele personalităţii şi cele ale mediului, ale căror mecanisme precise sunt încă, în mare parte, necunoscute.

2.2. Manualul diagnostic şi statistic al tulburărilor mintale (DSM)

Manualul diagnostic şi statistic al tulburărilor mintale ,prezentat acum în versiunea a treia, revizuită (DSM-III-R, 1989), este clasificarea tulburărilor psihice făcută de Asociaţia Americană de Psihiatrie (American Psychiatric Association). Este vorba de un sistem de clasificare multiaxial, care permite evaluarea pacientului în următoarele cinci domenii (axe): axa I conţine sindroamele clinice, a II-a tulburările de dezvoltare şi de personalitate,

axa a III-a corespunde stărilor şi tulburărilor fizice, axa a IV-a indică nivelul de gravitate şi factorii de stres psihosociali, iar axa a V-a evaluarea globală a nivelului de funcţionare psihosocial.

Spre deosebire de CIM-9, nu se vorbeşte aici de boală, ci de tulburare. Stabilirea unităţilor de clasificare este orientată mai ales în funcţie de configuraţiile clinice importante ale comportamentelor, de sindroame sau de caracteristici: se urmăreşte deci o orientare mai degrabă descriptivă şi mai puţin etiologică. De aici apar şi alte clasificări decât cea de la CIM-9 şi abandonarea noţiunii de nevroză. Luând în considerare descrierea scurtă a unităţilor diagnostice şi caracterul explicit al criteriilor diagnostice, clasificarea DSM-III-R are o mai mare fidelitate. Ea este, din această cauză, cu atât mai indicată pentru cercetare cu cât conţine informaţii asupra nivelului de gravitate al factorilor de stres psihosocial (axa IV) şi o evaluare globală a nivelului de funcţionare psihosocial (axa V). În ciuda acestor avantaje, ea este totuşi neadecvată pentru a face un plan de tratament (la fel ca şi CIM-9); un proiect şi un plan de tratament cer informaţii complementare în materie de indicaţie psihofarmacologică şi psihoterapeutică.

3. Originea şi dezvoltarea tulburărilor psihice

Am constatat cu toţii faptul că unele condiţii fizice şi psihice pot influenţa experienţa noastră trăită şi comportamentul nostru şi avem cu toţii o idee privind maniera în care aceste condiţii influenţează dezvoltarea tulburărilor psihice. Aceste idei pot fi importante în domeniul ajutorului şi al terapiei psihologice, dar ele nu sunt totdeauna în mod necesar adecvate - să ne gândim, de exemplu, la atribuirile de cauzalitate, de responsabilitate şi de greşeală. Aceasta este raţiunea pentru care prezentăm aici o apreciere sumară a modului în care temele „sufletul şi corpul", „natura şi cultura" sunt tratate în prezent privitor la relaţia lor cu tulburările psihice. Vom clarifica în această secţiune aspectul general al problemei şi vom aborda mai îndeaproape, în capitolele 3 şi 4, condiţiile care sunt importante pentru dezvoltarea tulburărilor psihice.

Atunci când se vorbeşte de originea şi dezvoltarea tulburărilor psihice, este vorba de a şti pentru ce şi cum s-a

1. Tulburări ce apar de obicei în prima sau a doua copilărie sau în adolescenţă
2. Tulburări mintale organice
3. Tulburări legate de utilizarea substanţelor psihoactive
4. Schizofrenii
5. Tulburare delirantă (paranoică)
6. Tulburări psihotice neclasate în altă parte
7. Tulburări de dispoziţie
8. Tulburări anxioase (stări nevrotice anxioase şi fobice)
9. Tulburări somatoforme
10. Tulburări disociative (sau nevroze isterice de tip disociativ)
11. Tulburări sexuale
12. Tulburări de somn
13. Tulburări artificiale
14. Tulburări ale controlului impulsurilor neclasate în altă parte
15. Tulburări de adaptare
16. Factori psihologici influenţând o afecţiune fizică
17. Factori de personalitate (axa II)
18. Coduri V pentru situaţiile ce nu pot fi atribuite unei tulburări mintale, ce motivează un examen sau un tratament

Tabelul 6: *Extrase din categoriile principale ale axelor I şi II* (după DSM-III-R, ©1987, American Psychiatric Association şi ©1989, Masson, pentru traducerea franceză).

manifestat o tulburare. Distingem deci, pe de o parte, cauzele - în medicină se vorbeşte de etiologie - şi, pe de altă parte, dezvoltarea tulburărilor, procesele care conduc de la cauză la dezvoltarea deplină a tulburării - în medicină, patogeneza. În acest fel infecţia cu un virus al hepatitei A este cauza hepatitei A, pe când inflamarea şi degenerarea celulelor hepatice şi tulburările consecutive digestiei şi secreţiei bilirubinei, împreună cu colorarea corespunzătoare a pielii fac parte din patogeneză. În legătură cu acest fapt, trebuie să remarcăm că nici în medicina somatică încă nu se cunoaşte cauza ci numai patogeneza, dezvoltarea multor boli. Pentru migrene, de exemplu, se admite în general drept patogeneză o tulburare sub formă de spasme ale arterelor la nivelul

craniului. Raţiunea pentru care aceste procese se declanşează şi se pun în mişcare, adevăratele cauze ale acestor procese patogene nu sunt totuşi încă cunoscute. În psihiatrie şi în psihologia clinică, cunoştinţele noastre privind originea tulburărilor sunt încă şi mai puternic limitate la patogeneză, pentru că - cu excepţia psihozelor organice - adevăratele cauze ale tulburărilor psihice sunt încă în foarte mare măsură necunoscute. În consecinţă, nu este de mirare că există mai multe teorii privind cauzele şi dezvoltarea tulburărilor psihice. Nu este lipsit de importanţă pentru tema noastră faptul că se afirmă adesea superioritatea unei terapii sub pretextul că este o terapie „cauzală" (adică o terapie care nu tratează numai simptomele, ci şi cauzele tulburării). Problema rezidă, între altele, în faptul că, atât în limbajul curent cât şi în cel al specialiştilor, numim tratament cauzal nu numai măsurile care suprimă adevărata cauză, ci şi cele care nu fac decât să întrerupă sau să oprească anumite procese în cursul dezvoltării bolii.

Pentru a demonstra mai amplu complexitatea cauzelor bolilor psihice, vom prezenta pe scurt modelele etiologice propuse în legătură cu acestea.

3.1. Modele de cauzalitate

O primă tentativă de a se reprezenta această cauzalitate se baza pe presupunerea că un factor independent constituie condiţia necesară şi suficientă pentru a provoca tulburarea. La început se presupunea că, după exemplul psihozelor organice, psihozele „endogene" îşi aveau cauzele într-un factor organic (ereditar sau congenital, încă neidentificat) care le produce într-o manieră relativ independentă de condiţiile de mediu. În domeniul etiologiei nevrozelor se credea că o traumă importantă din copilăria mică, de exemplu lipsa mamei, era cauza tulburărilor mai mult sau mai puţin tipice din adolescenţă sau din perioada adultă. Cum am notat deja, acest model monocauzal liniar a fost abandonat în medicină pentru modelele multicauzale.

Astăzi se crede că această variantă monocauzală constituie o excepţie şi că în mod normal cauza tulburărilor rezidă dintr-un joc de interacţiuni complexe de diverşi factori intra şi extra-individual.

În afară de factorii deja citaţi, modelul numit tranzacţional face să intervină următoarele elemente: la variabila cauzală ce acţionează asupra individului s-ar adăuga acţiunea individului asupra variabilei în cauză, aceasta nefiind concepută ca o constantă, ci ca pe ceva ce poate fi modificat printr-un proces dinamic.

Acest model tranzacţional este modelul care ţine cel mai bine seama de complexitatea şi de interacţiunea fenomenelor psihice. Este totuşi greu de aplicat şi din această cauză n-a putut fi confirmat de cercetare decât într-o manieră indirectă.

3.2. Factorii şi condiţiile dezvoltării tulburărilor psihice

Am văzut deja că modelul interacţional presupunea mai multe cauze. În modelul tranzacţional cauzele sunt concepute ca interdependente şi influenţându-se reciproc în cursul unui proces dinamic. Este vorba deci de o modificare într-o oarecare direcţie pe care o putem descrie în termenii dezvoltării în acest context. Putem deci descrie tulburările psihice ca rezultatul a trei grupe de factori sau condiţii succesive: factorii condiţiilor predispozante, factorii declanşatori şi factori de persistenţă sau de stabilizare.

Factorii predispozanţi - se vorbeşte şi de vulnerabilitate, de teren predispozant - sunt factorii prezenţi deja la începutul bolii sau tulburării şi care condiţionează evoluţia ulterioară. Aceşti factori limitează într-o oarecare măsură capacităţile de adaptare ale individului, dar ei nu antrenează în mod necesar boala sau tulburarea dacă persoana nu este expusă altor condiţii care să o destabilizeze. Din această categorie fac parte factorii ereditari, unele condiţii pre şi postnatale, cât şi unele situaţii nefavorabile din copilăria precoce (mica copilărie) sau din copilăria târzie. Mai recent, aceşti factori au fost studiaţi în raport cu noţiunile de „pregătire" (Seligman, 1970) şi de „vulnerabilitate" (Zubin & Spring, 1977). După aceşti autori, „pregătirea" sau „vulnerabilitatea" trimit la condiţiile pre, peri şi postnatale sau includ şi condiţiile primei copilării. Să notăm şi factorii de protecţie eventuali (de exemplu, persoane apropiate, o atmosferă familială pozitivă, puncte de sprijin exteriori), care pot influenţa de asemenea riscul de îmbolnăvire.

Factorii care declanşează boala sunt condiţiile şi evenimentele fizice sau psihice, interne sau externe, care preced,

mai mult sau mai puţin imediat, apariţia tulburării. Aceşti factori declanşează tulburarea, creând condiţii care depăşesc capacităţile de adaptare ale persoanei. Este vorba de stresul fizic sau psihic, de boli, de pierderea unor persoane apropiate, de schimbări importante sau de evenimente critice din viaţă, ce pot să se prezinte sub formă de eveniment grav sau de stres minor, dar cronic. Tulburarea declanşată astfel poate persista un oarecare timp, apoi să diminueze şi să dispară singură.

Factorii de stabilizare pot de asemenea preveni remisiunea spontană a tulburării şi să favorizeze generalizarea ei, extinderea acesteia la alte domenii ale vieţii sau cronicizarea. Se vorbeşte în egală măsură de factori de generalizare, de persistenţă, de cronicizare. Este vorba aici în principal de reacţii ale anturajului şi de „beneficiul secundar al bolii", adică de intensificări pozitive ale unei tulburări sau ale uneia din componentele sale sau de „pedepse" pe care le primeşte un pacient atunci când comportamentul său nu corespunde rolului de bolnav pe care ceilalţi se aşteaptă să-l joace.

Această manieră de a prezenta factorii etiologici grupându-i în funcţie de succesiunea lor are avantajul de a fi nu numai foarte aproape de observaţia clinică, dar şi de a ne permite să înţelegem mai bine caracterul complex al dezvoltării tulburărilor psihice şi să subliniem jocul complex al interacţiunilor şi tranzacţiilor acestor factori. Este un element deosebit de important în acest domeniu, pentru că evoluţia tulburării nu este independentă de comportamentul pacientului şi de anturajul său. Importanţa acordată factorilor din fiecare grupă şi de care depinde dezvoltarea diferitelor tulburări, în general şi în fiecare caz particular, variază, bineînţeles, după disciplinele şi punctele de vedere adoptate: geneticianul va vedea mai ales componenta ereditară, neurologul leziunile cerebrale, iar psihanalistul experienţele din primii ani ai copilăriei - trei modalităţi diferite de a aborda condiţiile predispozante. Terapeutul comportamental se va interesa mai mult de povestea formării, de stres şi de anturaj, psihologul social şi sociologul de „rolurile bolii" şi de condiţiile generale de socializare. Se cade însă de acord, în general, asupra necesităţii de a lua în considerare toate cele trei tipuri de factori.

Avantajele acestei scheme nu trebuie totuşi să ne facă să uităm inconvenientele sale, care pot avea o oarecare importanţă în

domeniul nostru. În primul rând, ea nu este prea precisă, pentru că ia în considerare patrimoniul ereditar, modul în care este constituită persoana, caracteristicile congenitale şi predispoziţiile de origine socială - predispoziţii ale căror natură şi efecte sunt adesea prost definite. Predispoziţiile psihice, de exemplu, nu pot fi stabilite în mod obiectiv, ca în cazul leziunilor neurologice, dar ele trebuie stabilite retrospectiv, ceea ce presupune unele incertitudinii. Această noţiune de predispoziţie implică, în plus, un risc - ne-ar place să spunem o fatalitate -, acela de a neglija importanţa a ceea ce se petrece *după* momentul instalării predispoziţiei. Ar fi insuficient să nu atribuim factorilor declanşatori decât apariţia bruscă a unei tulburări deja prezente şi care ar fi apoi întreţinută prin acţiunea factorilor de persistenţă sau de stabilizare. Nu se pot, bineînţeles, nega influenţa şi importanţa unor astfel de predispoziţii (genetice, structuri de motive şi de acţiuni dobândite în prima copilărie), dar n-ar trebui să uităm că cercetările recente (Sameroff & Chandler, 1975, Rubin & Balow, 1977; Ernst & von Luckner, 1985) au scos în evidenţă importanţa evenimentelor şi experienţelor ulterioare. Condiţiile şi predispoziţiile din prima copilărie nu permit, de altfel, decât predicţii slabe în ceea ce priveşte tulburările psihice ale adultului şi aceasta este valabil la fel de bine pentru complicaţiile naşterii, lipsa mamei, cât şi, mai general, pentru relaţiile existente între tulburările din perioada copilăriei şi perioada adultă.

Cercetările recente au permis o perspectivă diferită privind dezvoltarea psihică normală sau perturbată. Nu este vorba de predispoziţii ce se prelungesc într-o oarecare măsură prin efecte pe termen lung sub acţiunea factorilor declanşatori; condiţii iniţiale proaste în ceea ce priveşte dezvoltarea personalităţii nu duc, din această perspectivă, în mod necesar la tulburări în perioada adultă. Se admite mai degrabă că efectele factorilor predispozanţi şi ale traumelor infantile mai depind şi de alte condiţii care pot să le modifice considerabil. Prima copilărie, viaţa de familie ulterioară, evenimentele critice ale vieţii şi stresul apar astfel într-o lumină nouă. Importanţa lor pentru prevenire şi pentru terapie este privită în mod diferit. Tress (1986) a consacrat un studiu epidemiologic retrospectiv interesant posibilităţii de a şti cum şi în ce condiţii factorii pozitivi ulteriori pot avea efecte compensatorii.

4. Frecvenţa şi gravitatea tulburărilor psihice

Tentativa noastră de a da perspectivă noţiunii de tulburare psihică ar fi foarte incompletă, atât din punct de vedere ştiinţific, cât şi din punct de vedere clinic, dacă n-am aborda problema gravităţii şi frecvenţei acestor tulburări. Este vorba, între altele, de întrebările: Ce este un „caz" şi cum se poate determina frecvenţa unei tulburări? Care sunt nivelurile de gravitate? Cine are nevoie de un tratament, cine este în tratament, cine nu este şi de ce?

4.1. Frecvenţa

Răspunsul pe care îl primim la întrebarea privind frecvenţa tulburărilor psihice depinde în mod natural de modul în care sunt definite aceste tulburări, de modul în care sunt studiate (adică metodele folosite) şi de locul unde sunt făcute cercetările (de exemplu statistici spitaliceşti sau eşantioane luate de la populaţie). Diferenţa de criterii ar trebui să fie totdeauna prezentă în minte atunci când este vorba de indicare de frecvenţe, pentru că ele explică marea variabilitate constatată între studii. Această variabilitate este foarte importantă în domeniul nevrozelor şi tulburărilor de personalitate. Tabelul 7 arată frecvenţa apariţiei (prevalenţa) tulburărilor psihice la adult în America de Nord şi în Europa şi ilustrează variabilitatea acesteia.

Alte informaţii privind situaţia în RFG sunt disponibile în ancheta comisiei Bundestagului german (Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages, 1975). Raportul intermediar (1973) estimează astfel că între 10 şi 12% din populaţia totală are nevoie de un însoţitor specializat din cauza tulburărilor psihice. În fiecare an, aproximativ 4 până la 8 milioane de persoane (7-13% din populaţie) apelează la consultaţie ca urmare a tulburărilor psihice, cifre estimate după numărul de vizite la medicul practician (Deutscher Bundestag, 1975a, 7). O cercetare efectuată la Mannheim (Zintl-Wiegand, Cooper & Krumm, 1980) ajunge chiar la 35%.
Comisia menţionată mai sus consideră ca având nevoie urgentă de tratament aproximativ 1 milion de persoane (1,8 până la 2% din populaţie) pe an; mai puţin de jumătate primesc într-adevăr un tratament psihiatric sau medical-psihoterapeutic. Incapacitatea

Diagnostic	America de Nord şi Europa			Bavaria de Sus
	Nr. de studii	Variabilitate %	Median %	%
Psihoze	24	0,0-8,3	1,6	3,3
Schizofrenii	14	0,0-2,7	0,6	0,4
Psihoze afective	13	0,0-1,9	0,3	1,2
Nevroze	24	0,3-53,5	9,4	9,4
Tulburări de personalitate	20	0,1-36,0	4,8	0,7
Alcoolism	14	0,6-31,0	2,4	1,6
Total	27	0,6-69,0	20,9	18,6

Tabelul 7 : *Prevalenţa (frecvenţa în procente) a tulburărilor psihice la adult în America de Nord şi în Europa (Dorenwend şi al., 1980) şi în Bavaria de Sus (Diling & Weyerer, 1984)* (după Häfner & Weyerer, 1990, „Epidemiologie", *în* Baumann & Perrez, 1990, *Klinische Psychologie*, vol.1: *Grundlagen, Diagnostik, Ätiologie*, Huber).

profesională şi de muncă datorată tulburărilor psihice atinge 3% din populaţie. Numărul pacienţilor trataţi în spital era, în ziua anchetei (30 mai 1973), de 140 990, ceea ce corespunde unui procent de 0,228% din populaţie (*Deutscher Bundestag*, 1975a, 106).

Atunci când studiem grupuri reprezentative de populaţie (adică conţinând indivizi care n-au fost sub tratament medical), numărul persoanelor care au nevoie de un tratament devine mai mare. Midtown Manhattan Study (Srole şi al., 1962; Lagner & Michael, 1963) au ajuns şi ei la cifrele următoare:

Sănătoşi (fără simptome)	8,5%
Simptomatologie uşoară	36,3%
Simptomatologie moderată	21,8%

Simptomatologie sigură	13,2%	Nivel de morbiditate 23,4%
Simptomatologie pronunţată	7,5%	
Handicap extrem	2,7%	

În acest context, un studiu până în prezent unic pe care Schepank (1987) l-a consacrat epidemiologiei (adică distribuirii spaţiale şi temporale a bolilor) bolilor psihogene este în mod deosebit interesant. Este vorba de studiul unui eşantion reprezentativ - extras la întâmplare din populaţia „sănătoasă". Scopul urmărit era de a tria, într-o manieră nu numai retrospectivă dar şi prospectivă, evoluţia simptomatologiei psihogene şi variabilele care o influenţează. O altă caracteristică interesantă a acestui studiu este că a fost realizat de cercetători formaţi în domeniul psihodiagnosticului psihanalitic şi experimentaţi în terapie psihanalitică şi că s-a recurs la o serie de instrumente standardizate (de exemplu chestionare). N-au fost evitate dezbaterile conceptuale şi nici nu s-a dat înapoi în faţa exigenţelor metodologice; în acest studiu se găsesc, de asemenea, definiţii clare, ceea ce diminuează considerabil „zona gri a elementelor speculative şi interpretative ce intervin în momentul luării unei decizii privind ceea ce trebuia în final considerat ca o boală psihogenă".

Rezultatele acestui studiu, asupra a 600 de subiecţi dintr-o populaţie urbană (Mannheim) între 25 şi 45 ani, arată o distribuţie a frecvenţelor prezentată în tabelul 8.

Frecvenţa relativă a simptomelor izolate este dată în tabelul 9.

Deşi a fost stabilită cu ajutorul altei metode şi pe o altă populaţie, poate fi interesant să menţionăm aici frecvenţa relativă a domeniilor problematice determinată în urma unei anchete făcute în rândul cititorilor revistei *Psychologie Heute* (*La Psychologie aujourd'hui*, septembrie 1982) care au început un tratament psihologic. Este vorba totuşi de un eşantion de 1 172 cititori (tabelul 10).

Lectura tabelului 8 arată că toţi subiecţii care au făcut obiectul unui diagnostic nu erau consideraţi drept „cazuri". Problema care se pune este: ce este un „caz", ce-l defineşte şi care sunt caracteristicile sale?

Diagnostic	A Subiecţi care au primit un diagnostic (% din eşantion)	B Cazuri (% din eşantion)
Psihonevroze	10,66	7,16
Tulburări de personalitate dependenţe incluse	11,82	7,16
Tulburări psihosomatice mai ales funcţionale	28,15	11,68

A: toţi indivizii care au primit un diagnostic; **B**: numărul de indivizi care au fost consideraţi cazuri

Tabelul 8: *Distribuirea frecvenţelor categoriilor CIM atribuite* (după Schepank, 1987, *Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung. Eine tiefenpsychologisch-epidemiologische Feldstudie in Mannheim*, Springer).

Poziţie	Simptom	(%) din toţi subiecţii
1.	Agitaţie internă	(33)
2.	Comportament dependent	(32,2)
3.	Stare depresivă	(31,2)
4.	Oboseală, epuizare	(26,2)
5.	Anxietăţi	(24,5)
6/7.	Dureri de cap, migrene	(23,5)
6/7.	Tulburări de concentrare şi performanţă	(23,5)
8.	Gânduri obsesionale	(23,3)
9.	Tulburări de somn	(22,7)
10.	Acte obsesionale	(21,7)

Tabelul 9: *Lista celor mai frecvente zece simptome descoperite la toţi subiecţii prezentând simptome. Prevalenţă punctuală: ultimele 7 zile* (după Schepank, 1987, *op. cit.*).

1.	Probleme privind respectul de sine	71
2.	Depresii	61
3.	Anxietăţi	56
4.	Probleme de cuplu	56
5.	Simptome fizice	45
6.	Probleme de contact	44
7.	Dificultăţi sexuale	35
8.	Probleme de muncă	33
9.	Intenţii de sinucidere	29
10.	Probleme familiale	23

Tabelul 10: *Cele zece probleme psihice menţionate cel mai frecvent (% din răspunsuri; menţiuni multiple posibile)* (după *Psychologie Heute*, 1982).

4.2. Definiţia cazului şi amploarea gravităţii bolii

Prezenţa simptomelor şi chiar diagnosticul nu dau indicaţii privind amploarea gravităţii bolii şi nevoia de tratament. Estimarea gravităţii unei boli, care se poate face în general în funcţie de nevoia de tratament, eşalonată pragmatic (de exemplu: 0 = nici unul, 1 = tratament de medicină generală ambulatorie, 2 = tratament psihiatric ambulatoriu, 3 = indicare de tratament psihiatric spitalizat, 4 = necesitatea unei terapii intensive în spaţiu închis), este prea subiectivă şi lipsită de specificitate. Se pot găsi criterii mai potrivite. Cele mai adecvate subiectului nostru par a fi cele ale lui Schepank (1987, p. 75):

> „Un subiect este un «caz de boală psihogenă», atunci când, după o explorare aprofundată de cel puţin două ore, expertul îi dă:
> 1) în funcţie de prevalenţă (media ultimelor 7 zile)
> 2) un diagnostic CIM din zona 300-307 (OMS, revizia 8)
> 3) atunci când amploarea manifestării, respectiv amploarea gravităţii tulburării diagnosticate, antrenează un handicap care în urma estimării experţilor corespunde unei valori de >5 puncte la BSS şi/sau de >20 puncte la Score-GC".

Estimarea nivelului de gravitate al handicapului permite să plasăm subiectul pe o dreaptă mergând de la „stare bună" până la „foarte handicapat". Pentru a identifica un „caz de boală

BSS trimite la scorul indicând gravitatea bolii (Schepank, 1980/1981) şi Score GC la „Goldberg-Cooper-Score" (Goldberg şi al., 1970), adică la valori pe puncte obţinute de pacient pe scările ce măsoară gravitatea handicapului. Scara Schepank (BSS) nu este o scară de autoevaluare, dar este aplicată de un clinician format în acest scop. Ea permite evaluarea simptomelor psihogene ale pacientului după efectele lor şi independent de clasificarea după sindrom. Aceasta este posibil dacă se stabilesc handicapurile subiective şi/sau interumane-intersubiective în funcţie de trei dimensiuni - somatică, psihică, social-comunicativă -, evaluându-le după cinci criterii. Valoarea totală este obţinută însumând valorile atinse în cele trei dimensiuni, după scara următoare:

- „deloc" (0) handicapat înseamnă că „în timpul întregului interviu nici o indicaţie de handicapuri specifice determinate psihic n-a apărut în vreuna din cele trei dimensiuni";
- „uşor" (1) handicapat: „atunci când simptomatologia identificată clar nu contează sau nu limitează în mod deosebit, adică nu dă naştere unei tentative de a stăpâni boală";
- „clar" (2) handicapat va fi starea unui pacient „a cărui simptomatologie psihogenă este clar prezentă în una din dimensiuni şi generează un handicap sensibil, fără ca totuşi să excludă în mod considerabil pacientul din unele domenii ale vieţii";
- „considerabil" (3) handicapat: „atunci când handicapuri serioase anulează provizoriu libertăţile la care te poţi aştepta de la un pacient obişnuit în unele domenii de viaţă";
- „foarte" (4) handicapat se va putea spune în legătură cu o persoană „atunci când intensitatea simptomatologiei atinge un nivel maxim de handicap clinic cu stadii extreme de suferinţă".

psihogenă", definiţia cere totuşi ca scorul gravităţii handicapului să atingă cel puţin 5 la BSS - De ce? Acest punctaj-prag (*cut-off point*) ajută la fixarea nivelului de handicap dincolo de care suntem de acord să vorbim de o tulburare cu valoare de boală. Se stabileşte astfel o graniţă ce separă „necazurile omeneşti obişnuite" de o tulburare cu valoare de boală. În BSS acest punctaj este fixat - şi aceasta este important - nu într-o manieră speculativ-intuitivă, ci într-un mod empiric, adică în raport cu pacienţii internaţi - deci raportat la practică, la pacienţii care sunt în tratament pentru boala lor.

Dar clasificarea după „caz" are şi alte semnificaţii pe care le vom ilustra aici printr-o comparare a „cazurilor" şi a noncazurilor" în comportamentul lor de bolnav. Schepank a găsit într-adevăr în eşantionul său că, între altele, „cazurile" (comparativ cu noncazurile) se disting în mod semnificativ:
- prin vizitele mai frecvente la medic;
- prin consultarea mai multor medici;
- pentru că apelează la consultaţie mai frecvent şi „în mod explicit din cauza unei simptomatologii psihogene";
- prin folosirea unei cantităţi mai mari de medicamente (mai ales tranchilizante şi analgezice);
- prin frecvenţa mai mare a absenţelor din cauza bolii (atât în ceea ce priveşte alte boli, cât şi în ceea ce priveşte doar problemele psihogene).

Observând aceste date şi frecvenţa crescută a tulburărilor psihice în rândul populaţiei („psihonevrozele" şi „bolile psihosomatice" fiind cele mai frecvente), nu putem să nu ne întrebăm ce se poate spune despre necesitatea unui tratament psihoterapeutic.

4.3. Necesitatea tratamentului

În legătură cu acest subiect am vrea mai întâi să atragem atenţia asupra faptului că specificarea sau clasificarea „caz de boală psihogenă" nu antrenează în mod obligatoriu „necesitatea de tratament", pentru că aceasta depinde, de asemenea, de percepţia pe care o are subiectul despre el însuşi şi despre comportamentul său. La aceasta se adaugă faptul că în ancheta lui Schepank, Janta şi Tress (1987), care abordează problema indicării psihoterapiei, aceştia nu se referă la primul criteriu de definiţie a cazului (prevalenţă punctuală [adică frecvenţa apariţiei la un moment precis] de 7 zile), ci la gravitatea medie a handicapului pe durata întregului an, „pentru că aceasta ţine cont probabil mai bine de evoluţia pe termen lung caracteristică tulburărilor psihologice cu indicaţie de terapie". Subiecţii au fost astfel grupaţi, după caz, ca suferind un handicap lejer, moderat sau grav şi au fost examinaţi în funcţie de necesitatea unui tratament psihoterapeutic calificat după criteriile prescripţiilor clinice (psihanalitice).

Aceeaşi nevoie de tratament psihoterapeutic stabilită de un expert s-a constatat la 137 din 600 subiecţi (22,8%). Sansele de a

urma efectiv această terapie au fost evaluate în raport cu motivaţia sau posibilitatea de a motiva subiecţii: 68 subiecţi (11,3%) au fost consideraţi motivaţi sau motivabili pentru un tratament psihoterapeutic. Ancheta nu ne permite să ştim dacă ei au profitat efectiv de ocazia de a urma un tratament atunci când ea le-a fost prezentată. Aceasta ar depinde, între altele, şi de persoanele şi de situaţiile asociate acestei oferte. Din acest studiu reiese totuşi că în anul care a precedat cercetarea doar 16 persoane au consultat un medic pentru tulburările diagnosticate de anchetator ca psihogene. Nu putem intra în detaliile acestei probleme, aşa că revenim la monografia lui Schepank. Dar am vrea să atragem atenţia asupra faptului că în estimarea nevoii de psihoterapie trebuie să mai ţinem cont şi de alţi factori în afară de diagnostic. Asemenea estimări recomandă deci prudenţă.

În concluzie, în legătură cu necesitatea psihoterapiei în grupul analizat, putem spune împreună cu Schepank (1987):

1. Aproximativ jumătate din populaţie este în mare măsură sănătoasă şi într-un mod stabil; aceste persoane vor avea probabil nevoie de o susţinere într-un moment sau altul al vieţii, dar, în ansamblu, ele nu contează în planificarea asistenţei medicale.

2. Cealaltă jumătate a populaţiei prezintă simptome psihogene clare (un nivel de prevalenţă punctual) şi aceasta într-o măsură care ar necesita un diagnostic CIM din zona 300-306 (adică tulburări nevrotice, de personalitate şi alte tulburări nonpsihotice: vezi tabelul 3) dacă subiectul s-ar adresa unui clinician. Jumătate din aceşti subiecţi (aproximativ 25% din populaţie) n-au decât tulburări uşoare şi nu depind de o definiţie de caz, dar printre ei jumătate constituie populaţie cu risc (12% din populaţia totală). Schepank face următorul comentariu în legătură cu acest subiect:

> „Tratată în prezent cu medicamente, această populaţie are nevoie de consiliere sau de asistenţă şi de posibilitatea de a consulta generalişti competenţi pentru problemele psihologice şi/sau de specialişti cu orientare psihosomatică şi de centre de consultaţie. Unii din aceşti subiecţi (având un nivel de punctaj BSS de trei sau patru puncte, dar nefiind încă nişte «cazuri») ar face parte în întregime din clientela celor care beneficiază astăzi de o terapie prelungită intensivă analitică sau comportamentală

(ca urmare a unei indicaţii primite de la un expert) şi care mai pot fi trataţi cu succes prin psihoterapie. Din punct de vedere al prevenirii secundare este un obiectiv ce se doreşte foarte mult a fi atins".

3. Necesitatea şi accesibilitatea la tratament a 25% din adulţii rămaşi, care sunt diagnosticaţi drept cazuri, este estimată astfel:
- Jumătate din acest grup (aproximativ 12,5% din populaţia totală) are nevoie de un tratament psihoterapeutic ambulatoriu. În legătură cu alegerea acestei terapii, Schepank spune:

„Această estimare pe care am făcut-o este prea globală pentru a putea stabili deja prescrierea unui procedeu psihoterapeutic precis; prin psihoterapie înţelegem deci spectrul larg mergând de la diferitele intervenţii calificate de consiliere până la procedeele de terapie individuală sau de grup orientate de psihanaliză şi de psihologia de orientare analitică, trecând prin antrenamentul autogen, psihoterapia scurtă centrată sau dinamică, intervenţia de criză, terapia comportamentală intensivă mai mult sau mai puţin lungă".

Pentru aproximativ o şesime (aproximativ 4% din populaţie) nu se poate lua în considerare o ameliorare sau un tratament reuşit decât în cadrul unei psihoterapii specializate în clinică (înţelegându-se prin aceasta şi procedeele psihoterapeutice de reabilitare şi de măsuri curative).
- Aproximativ o treime din cazuri (aproximativ 8% din populaţie) trebuie considerată ca fiind alcătuită din persoane ce nu mai pot fi tratate prin psihoterapie datorită imposibilităţii de a le motiva, cronicităţii tulburărilor lor, organizării vieţii lor etc.

Pentru a încheia, să spunem încă o dată că prezenţa sentimentelor şi gândurilor negative, a dificultăţilor şi problemelor şi chiar a crizelor grave nu este sinonimă cu tulburarea psihică şi că în caz de tulburare psihică se pot distinge diferite niveluri de gravitate. Unul sau mai multe simptome nu constituie un diagnostic, iar faptul că s-a pus un diagnostic nu înseamnă în mod necesar că este vorba de o tulburare psihică necesitând un tratament. Pentru ca să se poată vorbi de „caz", pentru ca să fie vorba de tulburare, trebuie ca simptomele să depăşească un anumit nivel de gravitate.

Există deci posibilitatea de a distinge problemele psihice „normale" de tulburările psihice, cu precizarea că problemele psihice normale, ca de exemplu problemele relaţionale şi de cuplu, problemele sexuale, dificultăţile privind capacitatea de muncă şi randamentul etc., justifică de asemenea un ajutor psihologic. Problema necesităţii unui tratament, a estimării nevoilor şi serviciilor de îngrijire psihoterapeutice nu poate fi aprofundată aici; pentru a le aborda, facem trimitere la Schepank (1987).[3]

[3] Alte date şi reflecţii importante în legătură cu acest subiect se pot găsi la Meyer şi al. (1991).

CAPITOLUL 2

Mijloace de tratament psihologic

Diversitatea tulburărilor psihice prezentată în capitolul precedent a determinat dezvoltarea diverselor metode de tratament. Pentru a evita neînţelegerile, este deci util să clarificăm mai bine unele aspecte care le caracterizează şi le diferenţiază. O vom face aici examinând criteriile unui ajutor psihologic profesional, limitele sale, nivelurile şi domeniile de aplicare ale acestuia, cât şi scopurile şi formele sale. Apoi, va fi vorba de locul pe care acestea le ocupă în teoria ştiinţelor. Remarcile cu privire la criza sistemelor şi declinul raţionamentului centrat pe şcoli, ce se manifestă din ce în ce mai mult atât la nivelul activităţii ştiinţifice, cât şi la nivelul practicii clinice, ne vor convinge să consultăm paragrafele consacrate cercetării efectelor, proceselor şi informaţiilor ce se găsesc în anexa 1.

Medici, şamani, preoţi şi îndrumători spirituali din toate marile religii, filozofi, poeţi, oameni, ei înşişi suferinzi şi peocupaţi de binele aproapelui lor, au reflectat dintotdeauna la tulburăriile psihice şi au încercat să găsească mijloace pentru a le vindeca, a le ameliora sau a le alina. Şi la mulţi dintre aceştia vom găsi mai multă experienţă de viaţă, mai multă înţelepciune, compasiune şi simpatie, voinţă de a ajuta, aptitudine de a o face decât în multe din ceea ce numim terapii noi. Nu trebuie să uităm nici remediile oferite de înţelepciunea populară care, bine utilizate, au ajutat un mare număr de persoane. Găsim în scrierile umanităţii sfaturi, prescripţii mai mult sau mai puţin complexe ce-şi propun să ajute în situaţii problematice.

Alături de sfaturi simple, ca a te odihni, a respira profund, a nu acţiona precipitat, a duce o viaţă sănătoasă (de un tip sau altul), a cultiva relaţii amicale, a te angaja pentru valori comunitare etc.,

sunt şi metode foarte eficace pentru a-ţi dezvolta personalitatea, inteligenţa şi viaţa spirituală[1]. Există chiar şi descrieri foarte precise de comportament ce permite să învingi tulburările psihice. Să ne gândim, de exemplu, la indicaţiile date de Rousseau pentru a trata angoasele infantile, la autoterapia practicată de Goethe pentru a se debarasa de fobia spaţiilor înalte sau la recomandările sale privind prevenirea şi vindecarea tulburărilor nevrotice. Ca o dovadă a interesului său citãm aici un pasaj extras din *Anii de ucenicie ai lui Wilhelm Meister*:

> "În afara tulburărilor fizice, spuse pastorul, care ne provoacă adesea greutăţi de nerezolvat şi pentru care consult un medic bun, cred că mijloacele de a te vindeca de nebunie sunt foarte simple. Sunt în mod sigur aceleaşi cu care îi împiedici pe oamenii sănătoşi şă devină nebuni. Să le stimulăm activitatea personală, să-i obişnuim cu ordinea, să-i facem să înţeleagă că starea şi soarta lor sunt comune cu ale multor altora, că talentul excepţional, că cea mai mare fericire şi cea mai mare nenorocire nu sunt decât uşoare abateri de la cursul normal al lucrurilor, şi atunci nebunia nu se va putea instala, sau, dacă există, ea va dispărea puţin câte puţin".[2]

[1] Să ne gândim, de exemplu, la modurile de viaţă şi la exerciţiile ("tehnicile") dezvoltate în tradiţiile yoga, zen, ale sofismului sau misticii medievale, la exerciţiile lui Ignace de Loyola. Deşi aceste moduri de viaţă şi exerciţii prezintă câteva puncte comune şi unele procedee psihoterapeutice, ele nu sunt înţelese ca o psihoterapie şi nu pot de altfel s-o înlocuiască. Este şi cazul altor metode vizând dezvoltarea individului şi a relaţiilor sale, ca de exemplu cele propuse de PRH ("Personalitate şi relaţii umane") ce se prezintă în mod explicit ca neaparţinând terapiei.

Este important, în acest context, să atragem atenţia asupra faptului că Freud înţelegea psihanaliza ca nefiind reductibilă la funcţia sa terapeutică: "Aşa cum v-am spus, psihanaliza, la începuturile sale, n-a fost decât o metodă terapeutică, dar aş vrea ca interesul dumneavoastră să nu se canalizeze exclusiv asupra acestei utilizări, ci asupra adevărurilor care se ascund în ştiinţa noastră, asupra concluziilor pe care aceasta ne permite să le tragem în legătură cu ceea ce-l preocupă pe om îndeaproape: propria sa fiinţă, în sfîrşit asupra legăturilor pe care aceasta le descoperă între formele cele mai variate ale activităţii umane" (G.W., p.169).

Trebuie să spunem, totuşi, în mod clar, că în măsura în care psihanaliza se prezintă ca terapie, ea trebuie să se legitimeze ca atare, după criteriile cercetării empirice în vigoare asupra psihoterapiei. Atunci cînd prezentăm psihanaliza drept psihoterapie, ar fi deci potrivit să distingem cele trei forme de terapie psihanalitică propuse în prezent: "tratamentul" sau metoda standard, psihoterapia de orientare psihanalitică şi psihoterapia scurtă psihanalitică, şi să le evaluăm efectele terapeutice (vezi cap. 3 şi anexa 1). Psihoterapia scurtă, psihanalitică, vizează analiza conflictului patogen principal în treizeci de şedinţe; psihoterapia de orientare psihanalitică este o terapie psihanalitică a cărei tematică şi durată nu sunt determinate dinainte şi care se întinde de la treizeci la o sută de şedinţe; metoda standard sau "tratamentul" este psihanaliza clasică de lungă durată şi cu frecvenţă ridicată săptămînală, a cărei tematică şi durată sunt nelimitate.

Şi Goethe nu menţionează doar principii, ci continuă cu consideraţii clinice şi concrete:

> "I-am organizat unui bătrân timpul, el îi învaţă pe nişte copii harpa, ajută la lucrările din grădină şi este deja mult mai liniştit. Doreşte să mănânce varza pe care a plantat-o, iar în ceea ce-l priveşte pe fiul meu, căruia vrea să-i lase harpa în cazul în care va muri, ar vrea să facă din el un bun muzician, capabil la rândul său să se servească de acest instrument. În calitatea mea de pastor, nu încerc să-i vorbesc prea mult despre pedanteriile sale ciudate, dar o viaţă activă face să apară atâtea evenimente încât el îşi va da seama în curând că doar o activitatea adevărată va reuşi să-i înlăture orice îndoială. Procedez cu blândeţe, dar dacă reuşesc să-l fac să renunţe şi la barba şi la roba sa, voi fi câştigat mult, pentru că nimic nu ne apropie mai mult de nebunie decât dorinţa de a ne deosebi de ceilalţi şi nimic nu păstrează mai sigur bunul simţ decât a trăi în mijlocul celorlalţi după concepţiile obişnuite. Şi există atâtea lucruri, din păcate, în educaţia noastră şi în instituţiile noastre care ne predispun, pe noi şi pe copiii noştri, la nebunie[3].

[2] Goethe J.W., Anii de ucenicie ai lui Wilhelm Meister, trad. în lb. franceză de B. Briod, Paris, Ed. Gallimard, 1954.

[3] Op. cit.

Aceste sfaturi, presupusele indicaţii ce se bazează pe experienţă şi o înţelepciune a vieţii bine pusă în practică, exerciţiile spirituale, descrise de pastor în *Anii de ucenicie ai lui Wilhelm Meister*, sunt oare deja psihoterapie?

1. Înţelepciunea populară, ajutorul psiholgic şi psihoterapia

Pentru a răspunde acestei probleme, este necesar să luăm în considerare două aspecte. O primă deosebire între înţelepciunea populară, ajutorul psihologic şi psihoterapie îl constituie faptul că fondatorii psihoterapiei moderne, Pierre Janet şi Sigmund Freud, şi-au conturat ideile şi doctrinele într-o manieră sistematică şi - ceea ce-i diferenţiază de marii psihologi de orientare filozofică, de exemplu Schopenhauer, Nietzsche şi Dilthey, cât şi de marii îndrumători spirituali - cu referire la teorii empirice şi ştiinţifice privind originea şi tratamentul tulburărilor psihice fondate în practica medicală. Aceste teorii erau în acea perioadă, bineînţeles, încă la început, şi se impunea a fi dezvoltate mai mult, dar aceasta era chiar intenţia lui Freud şi Janet.

A doua deosebire apare atunci când luăm în considerare contextul social şi profesional, formele şi domeniile ajutorului psihologic. În legătură cu aceasta am vrea să remarcăm doar faptul că ajutorul psihologic despre care este vorba în această lucrare este oferit într-un cadru profesional şi în anumite condiţii stabilite de un cod etic. Persoana care ajută (sau terapeutul) se angajează, din punct de vedere juridic, într-o relaţie profesională cu persoana care are nevoie de ajutor (pacientul), ceea ce deosebeşte relaţia dintre terapeut şi pacient de o relaţie pur personală, amicală sau intimă şi exclude în acelaşi timp relaţiile sexuale. Relaţiile sexuale sunt considerate de codul profesional ca nefiind de natură terapeutică.[4] În ceea ce priveşte caracterul profesional al acestui ajutor, vom atrage atenţia şi asupra faptului că psihoterapeutul datorează

[4] Problema abuzului sexual în terapie, fiind discutată public din ce în ce mai frecvent în Statele Unite la începutul anilor '70, a fost de asemenea reluată în ultimul timp în Germania unde a provocat iniţiative şi o mai bună conştientizare. Este necesar să apreciem şi să susţinem eforturile depuse pentru a elimina această anomalie. Dar n-ar trebui totuşi să uităm că

pacienţilor săi nu un ajutor oarecare, ci ajutorul cel mai competent posibil. Să mai adăugăm că jurisprudenţa acestui domeniu cere ca ajutorul propus să corespundă stadiului actual al ştiinţei.

În general, intervenţia psihologică poate fi definită astfel: o acţiune profesională fundamentată din punct de vedere ştiinţific şi evaluată empiric (controlată) care operează cu mijloace şi metode psihologice la nivelul experienţei trăite şi al comportamentului, având drept scop dezvoltarea sau reabilitarea unei persoane, prevenirea sau tratamentul tulburărilor.

Este important să subliniem aici faptul că trăsătura esenţială a intervenţiei psihologice clinice nu este aplicarea sa la caracteristici sau procese psihice, ci mai curând utilizarea mijloacelor psihologice care pot fi folosite, de altfel, în aceeaşi măsură, şi pentru a modifica fenomene şi stări somatice.

2. Obiective, niveluri şi domenii de aplicare

Ceea ce distinge în primul rând metodele de intervenţie psihologică de metodele de intervenţie ale pedagogiei şi ale psihologiei muncii sunt obiectivele pentru care s-a recurs la cele dintâi. Urmărindu-l pe Caplan (1964), putem descrie aceste obiective referindu-ne la momentul de folosire al acestora şi evidenţiind patru din ele. Primul obiectiv se referă la **dezvoltarea** şi promovarea sănătăţii fizice şi psihice; el este urmărit mai ales de psihologia sănătăţii. **Prevenirea** constituie al doilea obiectiv, scopul fiind aici mai puţin promovarea sănătăţii, cât prevenirea tulburărilor, adică micşorarea numărului de cazuri noi într-o populaţie (coeficientul de incidenţă). **Tratamentul** sau terapia tulburărilor deja manifestate este al treilea obiectiv; el vizează să le diminueze prevalenţa (numărul de cazuri înregistrate la un moment dat). Vom nota că acest obiectiv nu este urmărit doar de psihoterapie în sens restrâns, ci, mai general, de orice intervenţie psihologică clinică. Noţiunea de "psihoterapie" nu acoperă deci decât o parte din toate

problema abuzului erotic/sexual în cadrul terapiei nu se limitează numai la psihoterapie şi mai ales nu trebuie să pierdem din vedere că acesta nu este decât una din numeroasele forme de abuz de dependenţa pacientului; incompetenţa şi ideologia provoacă, în acest domeniu, în mod sigur mult mai multe pagube.

intervenţiile asupra tulburărilor. Vom reveni ulterior asupra acestei diferenţe. **Reabilitarea** este al patrulea obiectiv; ea urmăreşte să împiedice sau să diminueze consecinţele unei boli ce se manifestă deja şi care este în tratament (eventual nevindecabilă).

Pentru a realiza aceste obiective, intervenţiile psihologice clinice îşi stabilesc sfera lor de aplicare în diferite "locuri psihice", pe care le putem desemna, după Perrez & Baumann (1991), ca niveluri de complexitate psihică. Putem astfel distinge sisteme intrapersonale şi sisteme interpersonale şi să descriem diferite niveluri psihice.

Nivel de intervenţie / Scop	Funcţii psihice	Configuraţie de funcţii	Sisteme interpesonale
Îmbunătăţirea, promovarea sănătăţii	Antrenament în rezolvarea problemelor	Experienţa personală	Antrenament în comunicare
Prevenire	Antrenamentul memoriei la persoane în vârstă	Antrenament în controlul stresului	Educaţie parentală
Terapie	Tratamentul tulburărilor de somn	Terapie comportamentală cognitivă pentru depresivi	Terapie familială cu o fată anorexică
Reabilitare	Antrenamentul memoriei după un traumatism cranian	Program terapeutic pentru alcoolism cronic	Terapie familială pentru prevenirea recidivelor la schizofreni

Figura 1.: *Niveluri de scop şi intervenţie cu exemple* (După Perrez & Baumann, 1991, *Lehrbuch Klinische Psychologie*. vol. 2: *Intervenţia*, Huber).

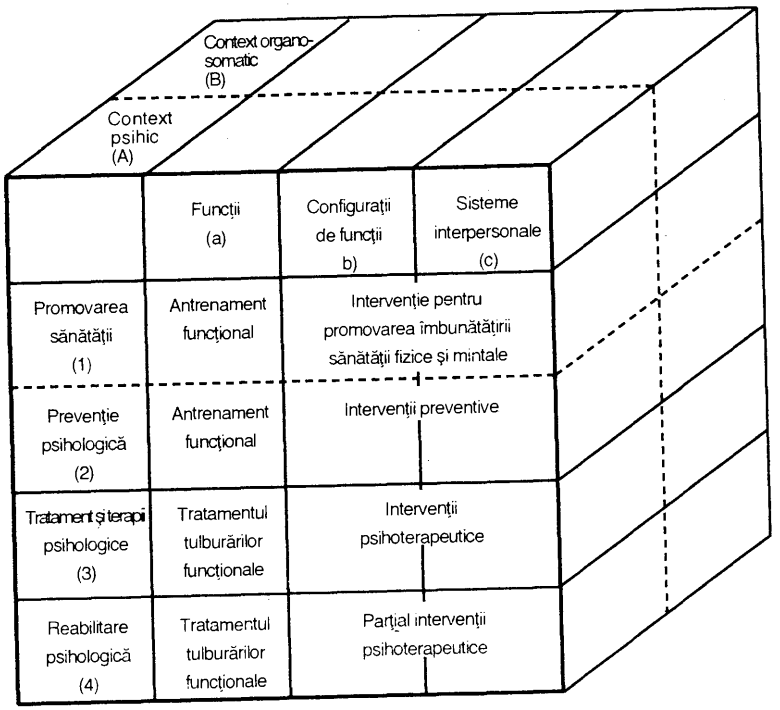
În sistemul intrapersonal, vom distinge nivelul funcţiilor psihice, care cuprinde memoria, gândirea, învăţarea etc. Intervenţiile corespunzătoare sunt, de exemplu, antrenamentul memoriei, antrenamentul pentru rezolvarea problemelor, transmiterea de strategii de învăţare etc.

Nivelul configuraţiilor de funcţii cuprinde personalitatea ca sistem de funcţii şi sindroamele psihopatologice clasice. O intervenţie la acest nivel vizează deci ansamblul diferitelor funcţii. În funcţie de obiectivul urmărit, ea va acoperi experienţa personală, antrenamentul privind controlul stresului, terapia interpersonală a depresiilor, programe de tratare a alcoolicilor, a fumătorilor sau a schizofrenicilor. În sistemul interpersonal, vom distinge în aceeaşi măsură diverse niveluri de complexitate mergând de la diadă la familie şi la comunitate. Intervenţiile vizează deci diada, familia, comunitatea şi modificarea funcţiilor acestora şi a structurii lor.

Analizând dimensiunea "psihic-somatic/organic", clasificarea sistematică a metodelor de intervenţie psihoclinice poate fi prezentată după Perrez şi Baumann (1991) ca în figura 2.

Pentru a ilustra domeniile de aplicare ale intervenţiei psihoclinice, vom adăuga la modelul obiectivelor şi nivelurilor de intervenţie ale lui Perrez şi Baumann câteva exemple sub formă de listă conţinând diferitele domenii problematice şi serviciile de ajutor privat şi public corespunzătoare. Cititorul va avea astfel o mai bună vedere de ansamblu asupra domeniilor de aplicare şi va găsi informaţii mai precise asupra posibilităţilor de intervenţie psihoclinică, şi a serviciilor respective care nu se bucură adesea, din păcate, de atenţia pe care o merită.[5] Folosim denumirile şi cuvintele cheie care figurează în anuarul telefonic şi în diverse broşuri şi ghiduri sociale.

[5] Vezi şi capitolele despre psihologia sănătăţii şi psihologia comunitară de Dauwalder (1993), capitolul despre neuropsihologie clinică de Seron & Van der Linden (1993), şi capitolele pe care G. & M. Paichler le consacră acestui subiect în volumul lor despre "Omul în societate", din colecţia "Primul ciclu", PUF (în apariţie).



(1) şi (2) desemnează domeniul psihologiei sănătăţii

Figura 2: *Privire sistematică asupra metodelor de intervenție în psihologia clinică* (după Perrez & Baumann, 1991, op. cit.)

Copii	Educație, școlarizare, orientare profesională
	Probleme de educație sexuală
	Copii brutalizați, bătuți, bolnavi
	Adăpost pentru tineri
	Asistență de protutelă
Familie	Planning familial, contracepție, graviditate
	Educație parentală
	Probleme familiale, reintegrare profesională
	Asistența familiei și a adulților
Probleme specific feminine	Sănătatea femeii
	Comportament alimentar (obezitate, slăbire)
	Psihologie și chirurgie estetică (față, sâni etc.)
	Probleme de viol și femei bătute
	Primirea și reintegrarea prostituatelor
	Tulburări de menopauză
	Problema femeilor singure, a femeilor trăind separat
Probleme sexuale și de cuplu	Educație sexuală
	Homosexualitate masculină și feminină
	Probleme sexuale (frigiditate, impotență etc.)
	Consultație conjugală
	Căsătoriii mixte, imigranți
	Separare și divorț
	Cupluri separate, probleme educative
Vârsta a treia	Probleme psihologice și sociale, organizarea timpului liber
Probleme profesionale	Orientare, formare, readaptare
	Educație permanentă
	Șomaj
Sănătate, boală	Educație pentru sănătate și medicină preventivă (SIDA, toxicomanie [alcool, tutun, droguri și medicamente etc.])
	Alimentație, inimă, diabet, dinți etc.
	Probleme legate de spitalizare și urmările acesteia (copii și adulți)
	Pregătire și supraveghere psihologică a intervențiilor medicale și stomatologice
	Susținere în bolile cronice și terminale și în legătură cu consecințele acestora (proteze, grefe de organe), reintegrare profesională
	Ex-pacienți psihiatrici, probleme familiale și reintegrare
Ex-prizonieri	
Handicapuri, ateliere protejate	
Ajutor prin telefon, SOS drog, singurătate, sinucidere, viol etc.	
Probleme privind persoanele ce trăiesc singure	
Probleme privind transportul (mașină, cale ferată, ascensor, avion)	
Asociații pentru bâlbâiți și rudele acestora	
Grupuri de întrajutorare pentru diferite probleme (alcool, hrană, tutun, jocuri patologice etc.)	
Grupuri de întrajutorare pentru persoane ce trăiesc singure, văduve și văduvi	
Probleme de relații și dificultăți personale	

Tabelul 11: *Lista diferitelor domenii cu probleme.* (Instituțiile corespunzătoare private și publice figurează în broșuri și anuare telefonice sub denumiri diferite: Centru..., Consultație, Ajutor... etc.)

3. Scopuri, mijloace, metode şi forme de terapie

3.1. Scopuri

Un **scop** este o reprezentare a ceea ce se doreşte să se obţină printr-o acţiune. Atunci când se vorbeşte de scopurile intervenţiei psihoclinice, este important să distingem diferite tipuri şi diferite conţinuturi ale scopurilor şi să fim atenţi la modul în care sunt folosite acestea.

Este vorba deci să facem deosebirea dintre scopuri imediate, medii şi pe termen lung, cât şi între scopuri specifice şi globale. După Orlinsky & Howard (1986), am putea distinge următoarele tipuri de scop:

Tipuri de scop	Exemple
Scopuri fixate pentru şedinţele specifice pe termen scurt; cu referire la procesul terapeutic	Creşterea explorării sinelui Observarea regulii asocierii libere
Scopuri de realizat între şedinţe: specifice şi pe termen scurt; privitor la perioada dintre şedinţe	O nouă înţelegere a unei situaţii până în acel moment conflictuală Prescripţie de a risca în situaţii evitate anterior şi de a încerca soluţii noi
Scopuri postterapeutice: globale şi pe termen lung; Privitor la sfârşitul şi la perioada de după terapie	Creşterea forţei eului Imagine de sine pozitivă Realizarea sinelui Ameliorarea capacităţii de comunicare

Tabelul 12: *Tipuri şi scopuri psihoterapeutice* (cf. Perrez & Baumann, 1991, *op. cit.*).

Conţinuturile scopului sunt faptele, situaţiile vizate ca realizare a scopului - deci ceea ce vrea să realizeze terapia. Aşa cum ne putem imagina, există aici o mare diversitate, mergând de la scopuri globale foarte pretenţioase, ca "realizarea sinelui", "orice ar fi, trebuie să reuşesc " etc., până la proiecte mai modeste, ca "să scăpăm de agorafobie", "să comunicăm mai bine", "să reducem

anxietatea" etc. Este foarte dificil să facem o clasificare adecvată şi interesantă clinic a scopurilor terapiei, ţinând cont de faptul că diverşi autori descriu aceste scopuri în maniere diferite, chiar şi atunci când aparţin aceleiaşi şcoli. Referitor la tema noastră privind alegerea terapiei, formulările abstracte şi generale sunt de altfel mai puţin importante decât scopurile individuale şi concrete posibile. Din această cauză vom renunţa la tentative de a face clasificări. Am vrea totuşi să remarcăm că în acest context aspectul "central-periferic" este probabil cel mai important, adică problema de a şti dacă scopul schimbării vizate constă doar în modificarea unor deprinderi într-o oarecare măsură periferice sau presupune modificarea structurilor de personalitate mai centrale şi mai aproape de eu. Tabelul 13 ilustrează conţinuturile scopurilor la trei şcoli diferite.

Aşa cum remarcă şi Lohmann, scopurile pe termen lung au o concordanţă mare în prezentarea generală. O analiză mai detaliată scoate în evidenţă însă semnificaţii diferite, pentru că se referă la modele diferite.

Formularea precisă a scopurilor şi asigurarea că sunt efectiv atinse sunt deci mai importante decât o clasificare generală. Pentru a găsi semnificaţia lor precisă, este important să acordăm atenţie formulării lor, deoarece conţinutul faptic al scopurilor terapeutice se descrie cu noţiuni diferite şi se exprimă din această cauză într-un mod mai mult sau mai puţin abstract. Aceasta poate avea consecinţe importante nu numai în legătură cu stabilirea unor scopuri realizabile clinic, ci şi în ceea ce priveşte controlul realizării lor. Deşi limitele între diferitele tipuri de noţiuni nu sunt clare, ci variabile, este util să distingem în acest domeniu, ca şi în cel al psihologiei personalităţii, conceptele de observaţie, dispoziţie, şi concepte teoretice.

Conceptele de observaţie descriu comportamentul observabil; conţinuturile scopului, descrise în termeni de comportament, observabil sunt concrete, uşor de măsurat şi controlabile. Este, de exemplu, cazul unui comportament de evitare a obiectelor şi a situaţiilor fobice sau de comportamente prin care se acceptă situaţii sau obiecte evitate anterior.

Conceptele dispoziţionale desemnează o dispoziţie de a manifesta un comportament observabil. Această dispoziţie, de exemplu agresivitatea, nu este observabilă direct, ci trebuie dedusă

Şcoli de terapie	Scopuri pe termen scurt sau scopuri metodice	Scopuri pe termen mediu sau criterii de reuşită terapeutică	Scopuri pe termen lung sau concepte de sănătate psihică
Psihanaliză	Asociaţie liberă Folosirea interpretărilor, situaţia de transfer şi experienţa realităţii	Conştientizarea nevoilor, afectelor şi cogniţiilor refulate Satisfacerea nevoilor actuale şi căutarea de noi posibilităţi de satisfacere	Forţa eului (capacitate de percepţie adecvată a realităţii) Acţiune dirijată de înţelegere a situaţiei Capacitate de a amâna satisfacerea nevoilor şi dorinţelor
Terapie	Experienţă trăită (experiencing) Explorarea sinelui Diferenţierea între experienţe vechi şi noi (modificarea conceptului de sine)	Acceptarea experienţei proprii Percepţie diferenţiată a sinelui şi a anturajului Schimbarea structurii sinelui Creşterea flexibilităţii Diminuarea tensiunii interne	Dezvoltarea sinelui activ şi orientat Dezvoltarea judecăţii personale Deschidere spre realitate
Terapie comportamentală	Schimbări ecologice Destructurarea comportamentelor neadecvate (pornind de la problemele de fond) Învăţarea de comportamente noi Trecerea de la întărirea prin altceva la întărirea prin sine însuşi	Restructurarea repertoriului comportamental: eliminarea comportamentelor neadecvate şi însuşirea comportamentelor adecvate noi Autocontrol	Înţelegerea condiţiilor generatoare de probleme personale Creşterea competenţelor Schimbarea percepţiei de sine şi a anturajului Libertate, înţelegere, autonomie

Tabelul 13: *Scopuri ale diferitelor şcoli terapeutice* (după Lohmann, 1980, "Ziele und Strategien psychotherapeutischer Verfahren", *în* W. Wittling (ed.), 1980, *Handbuch der Klinischen Psychologie*, Hoffmann & Campe).

pornind de la un comportament observabil. Aceasta este cauza pentru care constatarea şi evaluarea necesită indicarea condiţiilor care au condus la formarea conceptului. Descrierile scopurilor terapeutice sunt făcute adesea în termeni de dispoziţie, de exemplu "reducerea anxietăţii", "controlul sinelui", "încrederea în sine" etc., şi ar trebui deci să presupună criterii care să permită recunoaşterea lor.

Conceptele teoretice sunt şi mai îndepărtate de observaţia directă şi sunt definite de teoria din care fac parte. "Forţa Eului", "refulare", "pedeapsă" sunt concepte a căror semnificaţie este precizată de teorie (psihanalitică sau teoria învăţării). Teoria conţine şi indicaţii privind modul în care aceste concepte sunt asociate realităţii observabile. Dacă aceste indicaţii sunt prea imprecise, scopul descris nu mai are conţinut concret şi în consecinţă îşi pierde semnificaţia clinică. Am vrea deja să atragem atenţia asupra faptului că semnificaţia şi interesul pentru o metodă terapeutică nu constă atât în scopurile pe care aceasta le urmăreşte, cât în capacitatea sa de a le atinge efectiv, deci nu în ceea ce metoda promite, ci în promisiunile pe care aceasta le respectă.

3.2. Mijloace, metode şi forme

Un **mijloc** este un lucru sau o activitate cu ajutorul cărora se atinge un scop. În domeniul intervenţiei psihoclinice, este vorba de mijloace psihologice pe care, pentru simplificare, le putem numi prin două noţiuni: relaţie şi învăţare.

Relaţia terapeutică interumană (interpersonală) este într-o oarecare măsură baza pe care se operează învăţarea terapeutică; ea este o condiţie prealabilă, dar nu suficientă. În psihanaliză, relaţia terapeutică constituie mediul terapeutic principal: în analiza transferului ea se foloseşte de aceasta în cea mai mare măsură şi în modul cel mai diferenţiat. Alte forme terapeutice acordă o mai mică importanţă relaţiei terapeutice: terapia comportamentală clasică, de exemplu, acorda mai puţină importanţă analizei, reflecţiei şi manipulării relaţiei terapeutice.[6] Totuşi, chiar în psihanaliză ea nu este decât o parte din tratament, mediul pe care

[6] Această situaţie s-a modificat considerabil către sfârşitul anilor '70 şi mai ales după dezvoltarea terapiei comportamentale cognitiv-interpersonale.

trebuie să-l analizăm, să-l manipulăm şi să-l interpretăm.

Al doilea mijloc, învăţarea terapeutică, cuprinde o serie de procese pe care le întâlnim şi în alte contexte. În ceea ce ne priveşte, învăţarea se sprijină mai ales pe modificarea proceselor, a funcţiilor şi structurilor personalităţii: este vorba deci de o învăţare terapeutică. Mijloacele cognitive, de exemplu a da informaţii, a interpreta, a explica, a te informa, a propune modele, fac parte din aceste activităţi psihice, cum fac parte din aceleaşi activităţi psihice diferitele confruntări şi exerciţii, cât şi activităţile de orientare preponderent psihofiziologice privind experienţa trăită de corp sau funcţiile corporale. Vom reveni la această problemă mai departe.

Toate formele de terapie folosesc toate aceste mijloace în combinaţii diferite, punând accentul mai mult sau mai puţin pe unul sau altul, fără să excludă posibilitatea de a recurge şi la alte mijloace. Unele combinaţii pot, bineînţeles, să abordeze şi să modifice mai puternic unele funcţii şi structuri (de exemplu terapia nondirectivă clasică şi bio-feedback-ul). Aceasta nu înseamnă totuşi că ele nu pot, în planul doi, să influenţeze în acelaşi timp şi într-o măsură importantă alte funcţii şi structuri, aşa cum s-a întâmplat în legătură cu influenţa neaşteptată exercitată de terapia nondirectivă asupra tulburărilor psihosomatice. Este foarte dificil de determinat influenţa specifică exercitată asupra rezultatului terapeutic şi sunt încă relativ puţine studii empirice asupra acestui subiect, chiar dacă există metode care ar permite astfel de studii. Am renunţat deci aici să dăm o descriere şi o clasificare mai elaborată. Din aceeaşi cauză cunoaşterea metodelor terapeutice este mai importantă pentru alegerea terapiei.

Metoda, am putea spune, indică cum să folosim mijloacele. În ceea ce ne priveşte, metodele sunt deci reguli de acţiune şi sisteme. Ca formă de tratament, psihanaliza sau terapia comportamentală sunt ansamblul de reguli de acţiune propuse de psihanaliză sau de terapia comportamentală, descrise în literatura de specialitate şi utilizate în situaţii concrete de practicieni. În legătură cu aceasta, este important să facem deosebirea dintre nivelul metodelor sau regulilor şi nivelul acţiunii concrete, pentru că doi practicieni ce se referă la aceleaşi reguli nu le aplică în practică în mod necesar în acelaşi fel. În cercetare, această problemă a condus la apariţia "manualelor" de terapie la care ne vom referi mai

în detaliu ulterior.

În ceea ce priveşte descrierea şi clasificarea diferitelor forme de terapie, putem trage concluzii din ceea ce s-a spus deja: că nu există încă, astăzi, o descriere şi o clasificare unitară a formelor de psihoterapie. Mai mult, trebuie s-o spunem, diferitele metode psihoterapeutice nu sunt până în prezent singurul rezultat al unei dezvoltări ştiinţifice interne, ci au fost în aceeaşi măsură influenţate de factori personali, de condiţii sociale şi de politica profesională. Imaginea despre om şi ideile culturale au influenţat de asemenea dezvoltarea lor, ceea ce le face vulnerabile curentelor la modă. Va trebui deci să ne mulţumim cu clasificările dezvoltate ţinând cont de mai multe criterii. Se poate face, de asemenea, o clasificare după criterii pur formale (de exemplu factorul timp: terapie scurtă sau terapie lungă; număr de parteneri în interacţiune: terapie individuală, de cuplu, de familie, de grup etc.), în funcţie de scopurile terapeutice (de exemplu terapie orientată către insight, conflict, analiza şi modificarea comportamentului etc.) sau după ideile teoretice ori după şcoli (de exemplu orientare psihanalitică, nondirectivă, comportamentală etc.).

Importante în practică, pentru moment, sunt clasificările pragmatice ca terapie scurtă sau lungă; terapie individuală, de cuplu, de grup, familială; abordare psihodinamică, sistemică, comportamentală, centrată pe problemă.

Pentru a da o primă idee în ceea ce priveşte descrierile şi clasificările posibile în materie de forme de psihoterapie, vom rezuma în tabelul 14 descrierile teoretice ale celor mai importante abordări actuale, aşa cum au fost făcute de iniţiatorii lor.

Avantajul unor astfel de clasificări după şcoala respectivă este obţinerea rapidă a unei prime orientări. Inconvenientul rezidă în faptul că aceste clasificări nu realizează decât o orientare aproximativă, ceea ce este insuficient pentru tema pe care ne-am propus-o, alegerea terapiei, deoarece ele nu indică ceea ce se petrece în mod real în terapie şi nici dacă şi pentru care probleme este eficace terapia. Numeroase lucrări de terapie arată, de altfel, că terapeuţii ce sunt adepţii aceleiaşi teorii acţionează în practica lor într-o manieră mult mai puţin uniformă decât s-ar fi putut presupune. Diferenţele dintre şcoli sunt, de asemenea, mai puţin pronunţate decât se crede în general.

Abordare	Psihanaliza Freud	Terapie comportamentală A.A.Lazarus, A.Beck, M.Goldfried, M.Mahoney	Terapie experienţială/ umanistă C. Rogers, L.Greenberg	Terapii sistemice şi ale comunicării P. Watzlawick, S. Minuchin
1. Concepţie etiologică	Conflicte pulsionale refulate şi inconştiente ale copilăriei, determinate mai ales de factori intrapsihici	învăţare dificilă şi disfuncţională, determinată mai ales de situaţia personală-mediu	Alienarea experienţei, lipsă de concordanţă între experienţă şi conceptul de sine	Structuri de comunicare inadecvate antrenând tulburări
2. Conceptul de sănătate, scop terapeutic	Rezolvarea conflictelor pulsionale inconştiente prin conştientizare şi elaborare "orice ar fi, trebuie să reuşesc"	Refacerea capacităţilor de experimentare şi a competenţelor comportamentale prin modificarea viziunii şi controlului de sine şi controlul stresului	Promovarea actualizării de sine, a dezvoltării personale, a autenticităţii şi spontaneităţii	Crearea unor structuri de comunicare constructive prin depistarea şi modificarea structurilor disfuncţionale
3. Mijloace terapeutice	Interpretarea unor asocieri libere, a unor acte nereuşite, a viselor şi a transferului	Restructurare cognitivă, modelare, exerciţii, obişnuire, desensibilizare, întărire, joc de rol	întâlnire, empatie şi acceptare, dialog, "focussing", "experienţe" şi jocuri de rol	Evocare, interpretare, instrucţie, jocuri de rol
4. Perspectivă temporală	Înţelegerea prezentului plecând de la trecut, terapie de durată medie şi lungă	Înţelegerea prezentului plecând de la istoria învăţării, cu accent pe pe analiza problemelor şi comportamentelor actuale; terapie scurtă, mai ales, dar poate dura şi un an	înţelegerea prezentului plecând de la experienţa trăită prezentă, terapie scurtă sau pe termen mediu	Înţelegere şi terapie centrate pe comunicare prezentă, terapie scurtă
5. Rolul terapeutului	A reflecta, a interpreta neutralitate binevoitoare dând ajutor sau neacordându-l câteodată, dar în mod esenţial nondirectiv	Colaborator expert în rezolvarea problemelor, sfătuitor, susţinător	Partener al unui dialog acceptând pe celălalt, mutual permisiv, nondirectiv	A observa, a evoca structura comunicării disfuncţionale, a da eventual sfaturi şi sprijin

Tabelul 14: *Patru terapii văzute de reprezentanţii lor* (după Huber, 1977; Karasu,1977; Perrez. 1990)

Această situaţie m-a făcut să examinez mai îndeaproape această problemă a asemănărilor şi deosebirilor. Nu vom folosi aici drept ghid de orientare în materie de opţiune terapeutică autodescrierea terapeutică, ci recomandările pentru acţiuni terapeutice făcute sub formă de "manuale" de terapie.

Cât priveşte diferitele şcoli terapeutice, ne putem da seama că cele 300 sau 400 "sisteme" nu prezintă deloc diferenţe teoretice şi practice fundamentale. Trebuie să presupunem, în mod realist, că această multiplicitate se poate reduce la un număr mai mic de diferenţe şi de elemente comune. Dar care sunt acestea?

La această întrebare s-a încercat să se răspundă în diferite moduri. O primă posibilitate constă în studierea şi compararea autodescrierilor teoretice în funcţie de câteva criterii teoretice (de exemplu scopul terapeutic, intervenţia terapeutului etc.). Aşa cum tocmai am menţionat, acest procedeu poate stabili câteva puncte de reper. Putem obţine informaţii mai bune printr-un al doilea demers, care constă în intervievarea terapeuţilor asupra concepţiei lor despre ceea ce înseamnă un bun tratament psihoterapeutic. Sundland (citat de Beutler & Clarkin, 1990) a supus astfel terapeuţi de orientare diversă unui chestionar detaliat privind ipotezele lor teoretice şi preferinţele lor în legătură cu tratamentul. Structura răspunsurilor obţinute arăta că comportamentul adoptat de terapeuţi în practica lor putea fi descris şi diferenţiat în funcţie de gradul lor de acord în legătură cu unsprezece presupuneri privind un comportament terapeutic adecvat.

> Era vorba, de exemplu, de presupuneri în legătură cu:
> - explorarea experienţelor infantile, dezvoltarea formulărilor psihodinamice, accentuarea transferului terapeutic şi credinţa în terapia intensivă sau de lungă durată;
> - nivelul de activitate şi directivitatea terapeutului, cât şi înclinaţia sa pentru a întrerupe pacientul sau a da instrucţiuni şi informaţii;
> - folosirea unor exerciţii de cunoaştere şi de sensibilitate sau de atingere fizică ca tehnică ce sporeşte schimbarea psihoterapeutică.

Deşi aceste presupuneri ne permit să deosebim diferitele şcoli, ele se reduc de fapt la câteva elemente dintre care doar trei oferă informaţii mai detaliate asupra comportamentului terapeutic adoptat. Ele se referă la măsura în care terapeutul: 1) foloseşte

intervenţiile nonverbale; 2) explorează experienţele infantile şi 3) recurge la strategii vizând promovarea contactului şi sensibilităţii interumane.

Cea de-a treia şi cea mai bună modalitate de a studia comportamentul terapeutic adoptat constă în a-l observa direct: se înregistrează (audio sau video) şedinţe reale şi se analizează apoi în detaliu comportamentul terapeutului. S-au propus diferite sisteme de observare. Analizele au arătat că aceste sisteme diferite se suprapun şi că descrierea procedeului tehnic se reduce la un număr relativ restrâns de parametri.

> Elliot şi al. (1987) au comparat şase sisteme de descriere a comportamentului terapeutului. Ei au constatat că, în ciuda diferenţelor dintre procedee şi unităţile de analiză, în toate sistemele se regăseau şase intervenţii verbale distincte: 1) a pune întrebări, 2) a da informaţii, 3) a da sfaturi, 4) a reflecta (la ceea ce tocmai s-a spus), 5) a interpreta şi 6) a vorbi despre tine însuţi (*self-disclosure*). Alături de aceste puncte comune, existau bineînţeles diferenţe care se manifestau în conţinutul şi frecvenţa acestor intervenţii.

3.3. Forme de terapie şi manuale terapeutice

O altă modalitate de a caracteriza formele de terapie, importantă pentru alegerea terapiei, constă în a le prezenta prin intermediul manualelor de terapie elaborate recent. Avantajul lor rezidă în faptul că este vorba de recomandări vizând rezolvarea problemelor clinice relativ specifice, deci de recomandări terapeutice. Ele sunt larg formulate, dar în acelaşi timp destul de precise pentru a putea controla procedeul cât mai bine posibil şi a se asigura astfel că terapia a fost într-adevăr aplicată şi în ce mod s-a realizat aceasta. În plus, pentru aceste forme de terapie se organizează cercetări evaluative; ele sunt cele mai sigure, realizate empiric şi au fost efectuate de unele din cele mai bune grupuri de clinicieni şi de cercetători în psihoterapie. Le vom prezenta pe scurt în lucrare nu după data lor de apariţie, ci plecând de la cele care sunt mai centrate pe simptom şi directive până la cele care sunt mai evocatoare şi mai centrate pe conflict. Descrierea noastră se limitează la elementele care sunt importante pentru alegerea

terapiei. Terapiile familiale şi de cuplu, care se găsesc într-o poziţie mediană în această clasificare, sunt menţionate la sfârşit deoarece aceste terapii se adresează la două sau mai multe persoane în relaţie.

3.3.1. Terapia comportamentală a agorafobiei

Manualul pentru terapia pacienţilor agorafobi (adică suferind de teama de spaţii determinate, mai ales a celor publice), cu sau fără criză de panică, care nu suferă de tulburări organice, psihotice sau bipolare (adică maniaco-depresive) a fost elaborat de Barlow & Waddel (1985). Terapia poate fi făcută individual (cu sau fără partener) sau în grup.

> Scopul tratamentului, care este prezentat aici aplicat pe grupe de şase pacienţi acompaniaţi de partenerii lor, este de a modifica comportamentul fobic şi componentele sale cognitive (percepţii, gânduri, pelucrarea informaţiei etc.), afective şi motrice, astfel încât să dispară problemele. Este vorba mai mult de a ajuta pacientul să dobândească capacităţi de a controla situaţiile critice şi eventualele recăderi. Demersul terapeutic este relativ structurat. El începe cu opt şedinţe săptămânale de 90 minute. În timpul celor opt şedinţe următoare (două pe săptămână), temele terapeutice pentru acasă ale pacientului sunt discutate şi aprofundate. După şaisprezece şedinţe, terapia este întreruptă. Prima şedinţă începe prin prezentarea de către pacient a problemelor sale. Urmează o informare a terapeutului asupra anxietăţii, agorafobiei şi tratamentului acesteia. Terapeutul nu insistă bineînţeles să explice planul tratamentului, dar subliniază necesitatea de a nota activităţile şi de a face exerciţiile zilnice. În timpul celei de-a doua şedinţe, aceste informaţii sunt repetate şi se discută experienţele trăite de fiecare pacient în timpul săptămânii. La sfârşitul acestei şedinţe terapeutul explică pe scurt rolul jucat de gânduri (cogniţii) în anxietate şi agorafobie şi arată pacientului cum să-şi supravegheze gândurile într-o situaţie ce declanşează anxietatea. În şedinţele următoare se continuă explorarea activităţilor cotidiene ale pacientului şi evoluţia acestora; sunt învăţate şi exersate progresiv diversele tehnici şi sunt repartizate pentru a fi îndeplinite între şedinţe sarcini care vor fi discutate în şedinţa următoare. Munca comună constă în

principal într-o confruntare autoinițiată (adică pacientul însuși ia inițiativa și face primul pas) și progresivă, cu situații declanșatoare de anxietate, partenerul, la rîndul lui, fiind de mare ajutor. Ocazional, terapeutul explică pacientului că anxietatea, manifestâdu-se mai intens în anumite momente, nu trebuie să-l îngrijoreze, ci trebuie s-o considere ca un semn că terapia începe să-și "facă efectul". Scopul nu este să ajungem la o absență totală a anxietății, ci să învățăm cum s-o controlăm.

Tehnicile terapeutice sunt autoobservarea, jurnalul clinic și expunerea autoinițiată progresivă la situații anxiogene. Aplicarea acestor tehnici în viața cotidiană și în situații de stres este pregătită minuțios și se face cu ajutorul terapeutului. La aceasta se adaugă utilizarea restructurării cognitive, procedee de control al panicii și strategii de autocontrol (mai ales în situații sociale stresante), cât și jocuri de rol. În cazul în care acest program nu ameliorează decât prea puțin sau deloc pacientul, iar explicația s-ar afla în conflictele intra sau interpersonale, se recomandă prelungirea tratamentului.[7] Munca pacientului constă deci în a-și observa și înțelege comportamentul, în a obține și a folosi competențe de control, pe care le poate aplica în viața cotidiană, și în a risca confruntarea autoinițiată progresivă cu situațiile ce declanșează anxietatea. În aceste eforturi pacientul este ajutat de terapeut și partener, care-l instruiesc, îl susțin și-l încurajează. Sarcina terapeutului este să clarifice problema; el concepe, explică și pune în practică proiectul și planul terapeutic pe care-l adaptează circumstanțelor individuale. În plus, el asistă pacientul în munca sa terapeutică și-l încurajează. Partenerul își aduce și el contribuția la realizarea sarcinilor propuse sub forma unei companii înțelegătoare și protectoare.

3.3.2. Terapia cognitivă a depresiilor

Terapia cognitivă a depresiilor dezvoltată de Beck și al. (1979) este indicată pacienților adulți suferind de depresii unipolare (vezi capitolul 3). Ea este neadecvată în depresiile endogene grave (unde este indicată farmacoterapia) sau în depresiile pacienților

[7] Aceasta se poate face în cadrul unei terapii comportamentale cognitive interpersonale (de exemplu Safran & Segal, 1990), al unei terapii experiențiale sau dintr-o perspectivă psihanalitică.

suferind de tulburări borderline ale personalității (adică tulburări de personalitate cu elemente psihotice, nevrotice și psihopatice) care se tratează mai bine printr-o terapie dezvoltată special pentru acești pacienți (vezi mai departe).

Scopul acestei terapii este modificarea comportamentului depresiv, a gândurilor negative și a sentimentelor de tristețe. După Beck, la baza depresiilor există "scheme cognitive negative" care se manifestă înainte de toate printr-o atitudine negativă față de sine, de mediu și de viitor ("triadă cognitivă negativă") și care trebuie modificate. Scopul aici este de asemenea ameliorarea și dispariția simptomului și nu o modificare a personalității. Demersul terapeutic se întinde de la cincisprezece până la douăzeci și cinci de ședințe săptămânale - în depresiile grave mai întâi două ședințe pe săptămână timp de o lună. El este relativ structurat și condus spre "simptome țintă" și probleme țintă. După ce s-a clarificat scopul terapeutic și s-a elaborat o primă listă de probleme de tratat cu prioritate, terapeutul explică cât este de important să le abordeze una câte una și cu ajutorul exercițiilor cotidiene. În plus, el sugerează pacientului să nu se gândească la originea și psihodinamica problemelor sale, ci să-și îndrepte toată atenția către ceea ce se petrece în timpul și între ședințe. Folosindu-se de exemple din experiența pacientului, terapeutul îi arată apoi cum influențează gândurile comportamentul și sentimentele depresive. Terapeutul și pacientul aleg o problemă de tratat cu prioritate, iar terapeutul arată cum trebuie studiată această problemă cu ajutorul diferitelor tehnici. La sfârșitul ședinței se propune o temă care trebuie continuată acasă și care va fi discutată în timpul ședinței următoare. Fiecare ședință începe printr-un acord asupra elementelor ce trebuie discutate. La început, la mijlocul și la sfârșitul ședinței, terapeutul face remarci care rezumă evenimentele și elementele importante. Simptomele cele mai importante fiind tratate, ședințele de la mijlocul terapiei și cele ulterioare sunt consacrate problemelor mai profunde și mai greu accesibile, cum sunt credințele profunde în legătură cu persoana sa și cu viața în general și care îl fac vulnerabil în fața depresiei. Tehnicile terapeutice folosite pentru descoperirea și modificarea atitudinilor cognitive negative (schemele) care duc la depresie sunt atât cognitive, cât și centrate pe comportament:

aceste scheme nu permit numai depistarea, ci şi modificarea elementelor şi structurilor cognitive. Cele mai importante tehnici centrate pe comportament, care trebuie, de asemenea, să stimuleze activităţi concrete şi pozitive, sunt planificarea de activităţi, de sarcini progresive, antrenamentul pentru afirmarea de sine şi jocul de rol. Tehnicile cognitive folosesc instrucţiuni pentru stabilirea protocoalelor de raţionamente, a întrebărilor, evidenţierea credinţelor automate, a atribuirilor eronate, a greşelilor de gândire şi de raţionament, cât şi pentru stabilirea procedeelor de rezolvare a problemelor.

Munca pacientului constă în colaborarea sa în timpul analizării problemei şi formulării scopului terapeutic, în depistarea şi modificarea cogniţiilor disfuncţionale (adică negative şi generatoare de probleme) şi include exerciţii specifice pentru acasă.

Terapeutul, a cărui atitudine ar trebui să fie plină de bunăvoinţă, empatică şi autentică, are un rol activ şi de susţinere. El ajută la formularea problemelor, face proiecte şi propuneri de tratament, prescrie exerciţiile pentru acasă şi dă informaţii la întoarcere şi veghează pentru ca efortul să fie centrat pe cogniţiile pacientului.

3.3.3. Terapia interpersonală a depresiilor

La fel ca terapia cognitivă a depresiilor după Beck, psihoterapia interpersonală a depresiilor (Interpersonal Psychotherapy of Depression) prezentată de Klerman şi al. (1984) este rezultatul unor intense cercetări asupra depresiei (The New Haven-Boston Collaborative Depression Research Projet). Ea a fost testată în mai multe studii aplicate unor pacienţi suferind de depresii nonbipolare de gravitate uşoară şi medie (vezi cap. 3).

Scopul acestei terapii (de la cincisprezece la douăzeci de şedinţe) este reducerea simptomelor şi, înainte de orice, dezvoltarea de relaţii interumane adecvate, datorită cărora pot fi prevenite şi recăderile. Demersul terapeutic porneşte de la experienţa care demonstrează că declanşarea şi persistenţa depresiei sunt în relaţie cu patru domenii problematice: 1) moartea şi doliul, 2) conflicte de rol (de exemplu conflictul între rolul de soţ şi rolul de tată), 3) schimbările de rol (de exemplu de la rolul de persoană

care lucrează la cel de pensionar) şi 4) lipsurile interpersonale. Terapia este deci dirijată pe anxietate, pe decepţiile şi conflictele interpersonale şi actuale şi are drept scop controlul acestora. În primele şedinţe, aceste probleme sunt puse în relaţie cu depresia şi sunt prezentate principalele domenii problematice. Se explică atunci şi principiile, scopul terapiei şi rolul pe care trebuie să-l joace pacientul. Urmează un contract ce se stabileşte cu pacientul în legătură cu tratamentul. În timpul şedinţelor ulterioare, problemele sunt explorate într-o manieră mai specifică. Ultimele şedinţe sunt centrate pe finalul terapiei şi pe menţinerea rezultatelor obţinute.

Tehnicile terapeutice încep cu informarea şi clarificarea ideilor privind depresia, situaţiile-problemă care sunt legate de aceasta şi posibilităţile de a le controla, fără a se face însă o transmitere de competenţe specifice. În mod ocazional, se adaugă la aceste tehnici exerciţiile pentru acasă şi sunt implicate persoane apropiate pacientului; totuşi tehnicile principale sunt clarificarea, confruntarea, testarea realităţii, interpretarea şi analiza transferului. Deşi nu se neagă rolul factorilor inconştienţi, tratamentul vizează problemele actuale.

Munca pacientului constă în a-şi recunoaşte, cu ajutorul terapeutului, problemele interumane care sunt legate de depresie şi în a le rezolva datorită însuşirii unei modalităţi mai bune de a le aborda.

Terapeutul foloseşte tehnicile clasice de confruntare şi interpretare menţionate mai sus, dar adoptă o atitudine mai educativă, mai directivă şi acordă mai mult sprijin faţă de ceea ce se obişnuieşte în tradiţia psihodinamică.

3.3.4. Psihoterapiile psihodinamice

Manualele propuse de Horowitz, Marmar, Krupnik, Wilner, Kaltreider & Wallerstein (1984), de Luborsky (1984) şi de Strupp & Binder (1984) sunt de asemenea produsul unor lucrări de cercetare desfăşurate timp de mai mulţi ani de grupuri de cercetători. Ele conţin instrucţiuni privind terapia scurtă psihanalitică ce descriu şi abordează într-o manieră psihanalitică o problemă specifică şi sunt, sub acest aspect, aprofundări ale lucrărilor lui Malan (1963, 1976). Cum cele trei manuale descriu terapia scurtă psihanalitică, găsim

aici multe idei comune privitor la scopurile şi procedeele terapeutice. Ne vom limita din această cauză la o prezentare scurtă a lucrării *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy* de Luborsky (1984) care este mai uşor de consultat.

> Acest manual are ca subtitlu "A Manul for Supportive-Expressive Treatment" (manual pentru tratament expresiv şi de susţinere) şi este conceput atât pentru terapia scurtă cât şi pentru o terapie de durată nelimitată. El n-a fost dezvoltat pentru tratamentul unei tulburări determinate, ci ca un ghid general de terapie psihanalitică. Din această cauză principiile şi procedeele descrise aici pot fi aplicate la tulburări diverse dacă pacientul este potrivit pentru această formă de terapie; Luborsky dă criterii de selecţie în legătură cu această situaţie. Terapia scurtă înseamnă şase până la douăzeci şi cinci de şedinţe, care se desfăşoară timp de două până la şase luni o dată pe săptămână.
> Scopul acestei terapii este rezolvarea "conflictului nodal" (*core-conflict*) care stă la baza simptomelor. Acesta este depistat chiar la începutul terapiei şi organizează într-o oarecare măsură evoluţia sa ulterioară.

Demersul terapeutic este evocativ şi nondirectiv, însă orientat către nucleul dinamic, către tema conflictului relaţional nodal (*core conflictual relationship theme*). Din această cauză, el presupune bineînţeles interpretări ale momentelor conflictuale care intră în relaţia terapeutică. Interpretarea şi rezistenţa sunt elementele esenţiale, însă terapeutul are totuşi în mod clar o funcţie de susţinere, aşa cum indică de altfel subtitlul manualului.

3.3.5. Terapia cuplului şi terapia familială

Pentru terapia cuplului şi terapia familială s-au scris de asemenea manuale, atât din perspectivă comportamentală (de exemplu Jacobson & Margolin, 1979; Hahlweg, Schindler & Revenstorf, 1982), cât şi din perspectivă familială (de exemplu Minuchin & Fishman, 1981). Aceste manuale de terapie familială sunt totuşi mai puţin sistematice, mai puţin specifice şi mai puţin detaliate. Cercetarea empirică asupra indicaţiilor şi eficacităţii este insuficientă în terapia familială tradiţională, cercetarea controlată

asupra eficacităţii în acest domeniu este de altfel încă insuficientă. Cu toate acestea, se poate menţiona procedeul lui Minuchin & Fishman (1981), nu numai ca exemplu de terapie familială structurală, ci şi pentru că perspectiva sistemică (adică demersul care consideră individul ca un sistem care, împreună cu alţi indivizi, formează la rândul său sisteme dinamice noi) nu trebuie să lipsească în disputa psihoterapeutică contemporană. Concepţia de terapie comportamentală de cuplu va fi prezentată în capitolul 4.

> Pentru terapia familială structurală, pacientul nu este individul, ci familia, şi scopul vizat este de a modifica relaţiile familiale în raport cu simptomele.

Demersul terapeutic nu este deci orientat către simptome sau scheme de gândire individuale sau relaţii extrafamiliale, el se concentrează asupra descrierii şi tratării relaţiilor familiale repetitive în raport cu simptomele, ca de exemplu competenţe sociale pierdute sau conflicte interumane. Tulburarea este deci studiată şi tratată în raport cu semnificaţia şi funcţia acestuia în relaţiile familiale. Ca şi în terapia comportamentală, terapeutul are un rol activ, centrat înainte de toate pe comportamentul relaţional problematic repetitiv în familie; activitatea sa este călăuzită de principii generoase şi puţine la număr. Procedeul de tratament este mai degrabă evocativ, dar el presupune în egală măsură instrucţiuni şi, eventual, sfaturi şi asistenţă. La începutul terapiei, terapeutul identifică comportamentele problematice, le lasă să se manifeste din plin şi are grijă apoi ca acestea să rămână în centrul tratamentului.

Alte manuale (printre care manualele de autoterapie) ce se bazează pe cercetarea clinică empirică au fost dezvoltate pentru tratamentul anxietăţii generalizate, mâniei, tulburărilor de limită (*borderline*), tulburărilor sexuale şi relaţionale şi pentru modificarea emoţiilor şi motivaţiilor.[8] Să notăm că manualele accesorii terapiei scrise pentru pacienţi pot fi de un mare folos în multe cazuri.

---

[8] Printre aceste manuale de terapie menţionăm:
- agorafobie: Mathews, Gelder & Johnston (1988); adaptare germană: Wilke & Hand, 1988. Acest manual conţine "Instrucţiuni pentru realizarea unei interpretări *in vivo* cu ajutorul unui manual" şi un "Program de exerciţii pentru pacienţi şi apropiaţii lor";
- iritare şi mânie: Daldrup şi al. (1989):

3.4. Psihoterapia - clasificare practică şi definiţie

Pentru a termina această expunere asupra scopurilor, mijloacelor, metodelor şi formelor intervenţiei psihoclinice, am vrea să atragem atenţia asupra unei clasificări cu o oarecare importanţă practică şi care ordonează metodele de intervenţie în funcţie de centrul lor de gravitate deosebind trei grupe (prevenţie, reabilitare şi consiliere; intervenţie de criză şi acompaniere; psihoterapie în sens restrâns). Apoi vom prezenta o definiţie a psihoterapiei care ar trebui să permită separarea grâului de neghină în multitudinea ofertelor terapeutice.

În cadrul prevenţiei şi reabilitării, intervenţia psihoterapeutică vizează prevenirea bolilor sau ameliorarea stării fizice şi psihice. Aceasta se obţine datorită măsurilor mai mult sau mai puţin specifice şi limitate ca de exemplu informaţii şi sfaturi, restructurarea cognitivă, însuşirea de obiceiuri şi competenţe prin antrenament, relaxarea, autocontrolul etc. Ea se bazează pe cunoaşterea aprofundată a factorilor medicali şi psihologici ce determină boala sau problema. În unele cazuri, aceste intervenţii pot duce la o psihoterapie sau pot s-o însoţească.

Consilierea psihologică este şi ea relativ limitată, în măsura în care este vorba să ajute un consultant să vadă mai clar o problemă mai mult sau mai puţin specifică si să decidă pentru o tentativă de rezolvare. Aceste probleme care apar la nivelul realului (de exemplu alegerea studiilor, a unei profesii) au bineînţeles legătură cu personalitatea şi contextul în care trăieşte consultantul şi pot duce la un sprijin sub formă de *counseling* (adică un sfat mai mult sau mai puţin specific întovărăşit de procedee psihologice) sau de *guidance* (adică un sfat cu forme mai directive) sau la o

- tulburări de limită (*borderline*): Linehan, 1987; Kernberg şi al. (1989);
- panică (cu agorafobie): Margraf & Schneider (1989);
- tulburări sexuale şi relaţii de cuplu: Arentewicz & Schmidt (1980, 1986). Operele lui Poudat & Jarrousse (1992) şi ale lui Beaudry & Boisvert (1988), fără a fi propiu-zis manuale, conţin o mulţime de indicaţii asupra procedeelor şi exerciţiile terapiilor sexuale şi de cuplu şi, în special, asupra terapiei comportamentale de cuplu. Ele se completează reciproc şi constituie împreună, fără nici o îndoială, cea mai bună introducere în limba franceză a acesteia;- modificarea emoţiilor şi motivaţiei: Sachse & Maus (1990), Sachse (1992).

psihoterapie. Problema care, la prima vedere, pare a fi de tipul consiliere psihologică poate, în unele cazuri, să se arate mult mai complexă şi să sugereze oportunitatea unui studiu mai lung şi mai aprofundat.

Intervenţia de criză leagă mai profund personalitatea şi relaţiile de context. Ea vizează, pe de o parte, rezolvarea problemelor intense şi urgente care depăşesc capacităţile de adaptare ale unei persoane bolnave sau sănătoase (de exemplu momentele critice ale unei boli sau evenimente grave ca accidente, decesul persoanelor apropiate, divorţul etc.) şi, pe de altă parte, ea are drept scop alinarea suferinţelor şi prevenirea consecinţelor negative psihologice, medicale şi sociale. Este o intervenţie relativ exactă, asemănătoare cu consilierea psihologică, dar se distinge de aceasta prin intensitate, urgenţă şi adesea prin complexitate.

Caracteristicile esenţiale şi principiile intervenţiei de criză pot fi rezumate după Reiter (1978, p. 463-465) în felul următor:

- intervenţia imediată trebuie să evite pericolul acţiunilor şi deciziilor ireversibile, cât şi dezvoltarea de atitudini şi comportamente neadecvate;
- activitatea terapeutului are drept scop să repereze conflictul şi să-l confrunte pe pacient cu acesta;
- susţinerea pacientului, datorită unei relaţii solide stabilită rapid cu terapeutul, îi permite să suporte această confruntare şi să nu întrerupă tratamentul;
- punctul central al tratamentului este în mod esenţial problema actuală, ceea ce nu exclude obligatoriu întoarceri în trecut;
- pragmatismul şi eclectismul metodelor sunt preferabile, deoarece "exigenţele situaţiei fac adesea necesară o acţiune flexibilă şi pragmatică";
- se va recurge la folosirea medicamentelor, în caz de necesitate;
- se va recurge de asemenea la persoanele apropiate şi la colaborarea cu asistenţii sociali.

Sprijinul psihologic pe durata bolilor organice se deosebeşte greu de unele măsuri de reabilitare. S-ar putea totuşi caracteriza prin apropierea mai mare de persoana pacientului şi prin componenta sa psihoterapeutică mai puternică. Aceste caracteristici devin necesare atunci când pacienţii trebuie să-şi schimbe obiceiurile de viaţă ca urmare a unei boli grave sau să-şi construiască o nouă imagine de sine după o intervenţie chirurgicală,

ca de exemplu după un infarct miocardic, o amputare sau un accident care modifică aparenţa corporală (fizică) în mod considerabil. Sprijinul psihologic/psihiatric vizează, după Wenger (1964), să "acompanieze pe un drum mai lung sau mai scurt din viaţa sa un pacient care nu poate fi ajutat mai bine din motive interne sau externe şi să-l asiste ajutându-l, încurajându-l, consolându-l şi sfătuindu-l". Nu este vorba deci aici "nici de tratamentul unei boli întâmplătoare, nici de tratarea unui moment dificil de viaţă mai mult sau mai puţin circumscris, nici, în sfârşit, de abordarea cauzelor unei suferinţe psihice sau de realizarea unei schimbări de structură a personalităţii printr-un efort analitic obiectiv şi aprofundat" (*ibid.*).

Psihoterapia, în sens restrâns, se deosebeşte de intervenţiile psihoclinice precedente în principal prin obiectivul său mai amplu şi mai complex. Ea vizează nu numai modificarea uneia sau a mai multor funcţii, atitudini şi comportamente, ci mai degrabă o restructurare mai mult sau mai puţin elaborată a ansamblului comportamentelor (şi deci a personalităţii). Aceasta necesită o implicare personală, o explorare şi o punere în discuţie din proprie iniţiativă mai aprofundată care nu se poate face, în general, decât în contextul unei relaţii interumane.

În ceea ce priveşte definiţia psihoterapiei, avem mai multe definiţii şi nu este simplu să propunem una care să întrunească asentimentul tuturor celor care sunt implicaţi. În ceea ce ne priveşte, definiţia lui Strotzka (1978) pare cea mai adecvată:

> "Psihoterapia este un proces interacţional conştient şi planificat ce-şi propune să influenţeze tulburările de comportament şi stările de suferinţă care, printr-un consens (între pacienţi, terapeut şi grupul de referinţă), sunt considerate ca necesitând un tratament, prin metode psihologice (prin comunicare) cel mai adesea verbale, dar şi nonverbale, în sensul unui scop definit, pe cât posibil elaborat în comun (minimalizarea simptomelor şi/sau schimbarea structurală a personalităţii), cu ajutorul unor tehnici ce pot fi învăţate pe baza unei teorii a comportamentului normal şi patologic. În general, aceasta implică o relaţie emoţională solidă".

Pentru a ne putea regăsi mai bine în acest labirint de concepţii şi forme de psihoterapie, putem căuta criteriile

satisfăcătoare pentru a putea vorbi de psihoterapie. Având în vedere problemele psihologiei personalităţii, stadiul cercetărilor asupra efectelor şi proceselor terapeutice, şi referindu-ne la definiţia lui Strotzka, cât şi la caracteristicile distinctive menţionate de Bastine (1982), am putea considera că, pentru ca o metodă de intervenţie să fie recunoscută ca psihoterapie, ea trebuie să îndeplinească următoarele condiţii:

1. Să se bazeze pe o teorie ştiinţifică asupra personalităţii şi tulburărilor sale.
2. Să se întemeieze pe o teorie ştiinţifică asupra modificării tulburărilor şi pe o tehnologie verificată.
3. Să prezinte evaluări empirice ale efectelor sale, pozitive şi negative.
4. Să ofere o intervenţie în tulburările de comportament sau în stările de suferinţă ce necesită ajutor.
5. Să fie practicată de persoane formate şi competente.

Aceste condiţii nu sunt deloc sau într-o măsură mică îndeplinite de majoritatea şcolilor şi "produselor" prezente pe piaţa psihoterapeutică, cum ne putem convinge, din nefericire fără dificultate, studiind literatura psihoterapeutică. Aceasta nu înseamnă, bineînţeles, că metodele de intervenţie care nu îndeplinesc, sau îndeplinesc parţial aceste condiţii, nu au efect sau sunt nocive, ci doar că ele nu răspund exigenţelor profesionale sau etice actuale şi că, în consecinţă, nu pot fi recomandate ca terapii. Intervenţiile provenind din astfel de terapii, care nu îndeplinesc aceste condiţii decât într-o măsură insuficientă, pot totuşi să fie de o mare utilitate dacă sunt făcute în cadrul unui plan de tratament elaborat pe baza unei metode terapeutice care şi-a demonstrat calităţile.[9]

[9] Să ne gîndim la unele tehnici ale Gestaltherapiei (de exemplu tehnica scaunului gol) sau la terapiile corporale (de exemplu unele procedee de tehnică respiratorie sau unele procedee provenite din pedagogia mişcării) aşa cum au fost descrise de Petzold (1990), sau la hipnoză (vezi Peter, Kraiker & Revenstorf, 1991).

4. Asistenţa psihologică: ştiinţă aplicată, tehnologie sau artă?

La începutul acestui capitol am caracterizat asistenţa şi terapia psihologică raportându-le, în problema genezei şi a tratamentului tulburărilor psihice, la teorii empirice fundamentate ştiinţific. Secţiunea precedentă menţiona faptul că diferitele forme de terapie nu sunt numai rezultatul unei dezvoltări ştiinţifice, ci sunt în aceeaşi măsură influenţate de factori personali, sociali şi de politica profesională. Este deci de dorit să privim mai îndeaproape relaţiile dintre intervenţia psihologică şi ştiinţă. Ce înseamnă "ştiinţific", de ce natură sunt aceste relaţii? Ţinând cont de marea complexitate a tulburărilor psihice, este posibilă o abordare ştiinţifică? Şi dacă este posibilă, este ea legitimă în probleme atât de personale şi deosebite? Ce ne învaţă în legătură cu aceste probleme istoria, psihologia, sociologia? Şi de asemenea etica, pentru că nu este vorba doar de informaţii, de cunoaştere şi de deprindere, ci şi de valori umane.

Nu putem deloc aborda aici toate aceste probleme şi trebuie să recomandăm cititorului interesat să consulte literatura de specialitate, dar am vrea să explicăm mai mult elementele importante din domeniul opţiunii terapeutice. Ce trebuie să înţelegem prin "cunoaştere fundamentată ştiinţific"? Ce înseamnă "conţinut ştiinţific"? Cum se raportează intervenţia psihologică la o astfel de cunoaştere şi care este aportul acestei cunoaşteri la cercetarea în psihoterapie?

Problema caracterului ştiinţific şi a criteriilor sale a primit diferite explicaţii în teoria ştiinţelor. Criteriul care este totuşi recunoscut în mod general constă în caracterul confirmativ al ipotezelor. O cunoaştere sau o ipoteză sunt deci ştiinţifice, dacă pot fi confirmate prin metodele ştiinţifice curente (le vom schiţa în capitolul privind cercetarea din anexa 1); se poate considera ca fiind fundamentată ştiinţific cunoaşterea care s-a dovedit valabilă atunci când a fost supusă unor astfel de probe. Cunoaşterea care nu îndeplineşte aceste criterii este numită "cunoaştere naivă"; se vorbeşte de asemenea de "doctrină" atunci când aceasta este promovată de persoane considerate ca autorităţi în domeniu (vezi mai departe).

În ceea ce priveşte semnificaţia cunoaşterii, problemă importantă în acest context, putem distinge, împreună cu Westmeyer (1976), cunoaştera factuală, cunoaşterea nomologică (cu privire la legi) şi cunoaşterea tehnologică. Dacă ţinem cont de problemele care se pun şi de activităţile ştiinţifice corespunzătoare, putem caracteriza aceste semnificaţii astfel:

- cunoaşterea factuală se raportează la fapte, deci la problemă: ce se întâmplă, **care** este problema? Activităţile ştiinţifice corespunzătoare sunt descrierea şi înregistrarea (prin conceptele şi metodele ştiinţifice curente);
- cunoaşterea nomologică se raportează la relaţii între variabile cu statut de lege, deci la problemă: **de ce aceasta** este problema, care sunt cauzele şi consecinţele evenimentului care a fost luat în considerare în condiţii determinate? Explicaţia, justificarea şi predicţia sunt aici activităţile ştiinţifice corespunzătoare;
- cunoaşterea tehnologică se referă la mijloacele prin care pot fi atinse unele scopuri, deci la problema: **ce trebuie să facem pentru** a produce (sau pentru a evita) un eveniment oarecare, cum se poate atinge acest scop? Activităţile ştiinţifice la acest nivel sunt cele de fabricare, control şi predicţie tehnologică. Este vorba deci de o relaţie mijloc-scop; o astfel de cunoaştere (tehnologică) se caracterizează prin referirea sa la acţiune;
- cunoaşterea "naivă", opiniile şi doctrinele se referă la fel de bine la cunoaşterea nomologică, cât şi la cunoaşterea tehnologică, dar se definesc prin faptul că nu sunt confirmabile sau nu sunt încă confirmate ştiinţific şi sunt acompaniate cu toate acestea de o puternică convingere subiectivă. Este vorba deci de tot ceea ce credem - adesea cu multă convingere - fără a avea argumente ştiinţifice. Să notăm totuşi că cunoaşterea "naivă" este accesibilă unei experimentări şi unei corecţii, dar la nivelul experienţei naive, în timp ce doctrina ideologică şi mitul se situează în afara experienţei şi experimentării cotidiene şi ştiinţifice.

Este deci intervenţia psihologică de natură tehnologică?

Termenul "tehnologie" nu se prea potriveşte cu "ştiinţe umaniste" şi nu se bucură deloc de favoarea marelui public "psi". El desemnează totuşi un aspect fundamental al asistenţei şi terapiei psihologice. Pentru a ne convinge de acest lucru, este suficient să

explicăm noţiunea de "tehnologie" şi s-o punem în relaţie cu definiţia psihoterapiei sau cu analiza a ceea ce se întâmplă în acest domeniu (vezi Huber, 1987).

Tehnologia a fost definită de Bunge (1976) astfel:

> "Un ansamblu de cunoştinţe este o tehnologie dacă, şi numai dacă:
> - este compatibilă cu cunoştinţele ştiinţifice şi poate fi experimentată cu ajutorul metodei ştiinţifice şi
> - poate fi folosită pentru a controla, a transforma sau a crea obiecte sau procese naturale sau sociale, pentru a atinge scopuri practice considerate ca fiind valabile".

Să ne amintim de modul în care Strotzka (1978), un psihiatru de orientare psihanalitică şi nu un psiholog comportamentalist, defineşte psihoterapia:

> "Psihoterapia este un proces interacţional conştient şi planificat vizând influenţarea tulburărilor [...] care sunt considerate ca necesitând un tratament în cadrul unui consens (între pacient, terapeut, şi grupul de referinţă) prin mijloace psihologice [...] în sensul unui scop definit, dacă este posibil elaborat în comun [...] folosindu-se tehnici ce pot fi învăţate şi pe baza unei teorii a comportamentului normal şi patologic".

Această definiţie a psihoterapiei ca proces planificat vizând realizarea unui scop considerat valabil prin consens, cu ajutorul unor tehnici rezultate dintr-o teorie, corespunde perfect cadrului a ceea ce Bunge a definit drept tehnologie.

În cadrul unor astfel de accepţii privind psihoterapia ca tehnologie, deci ca un ansamblu de reguli de acţiune, mai pot fi delimitate două planuri: 1) acela al regulilor tehnologice şi meta-regulilor (adică reguli care permit descoperirea de reguli) aşa cum au fost descrise în literatură şi în manualele terapeutice, şi 2) acela al practicii psihoterapeutice efective în cadrul căreia aceste reguli sunt folosite de terapeut.

Aceste reguli sunt descrieri de acţiuni capabile să conducă la realizarea unor scopuri în anumite condiţii; sunt deci reguli de acţiune. În cazul psihoterapiei, de exemplu, ele indică ce acţiuni psihoterapeutice pot conduce la care scop, date fiind o anumită situaţie problematică şi un anume diagnostic. Regulile de prescripţie (a psihoterapiei) sunt astfel "reguli de acţiune generale ce indică măsurile optime în condiţiile date (între altele şi scopurile)" (Baumann & von Wedel, 1981).

Dar în psihologia clinică există multe situaţii şi probleme prost definite şi pentru clarificarea cărora nu dispunem încă de reguli, probleme aşa-numite "deschise". Este, de exemplu, cazul problemelor pentru care nu există încă o cunoaştere terapeutică bine confirmată. Aceeaşi situaţie este şi în legătură cu problemele şi scopurile terapeutice foarte complexe şi difuze care nu se pot preciza şi concretiza decât progresiv de-a lungul unui proces terapeutic. Simplele reguli tehnologice nu sunt suficiente deci pentru activitatea terapeutică, ci trebuie completate prin meta-reguli tehnologice, prin principii euristice (adică prin procedee de cercetare sau strategii permiţând găsirea de soluţii). La fel ca şi regulile tehnologice simple, aceste metareguli tehnologice trebuie experimentate în ceea ce priveşte eficienţa.

Ca exemplu de astfel de reguli şi metareguli tehnologice, putem cita regulile de aplicare ale trainingului autogen al lui Schultz (1932) sau ale desensibilizării sistematice a lui Wolpe (1958), regulile tehnice ale interpretării psihanalitice (de exemplu Glover, 1955). Pentru a da exemple mai recente provenind din cercetarea în psihoterapie şi situându-se în mod explicit într-un context tehnologic, citâm recomandările tehnice propuse în "manualele" noi de psihoterapie ale lui Beck şi al. (1979), Luborsky (1984), Strupp & Binder (1984), Barlow & Waddel (1985)

Să remarcăm că aceste reguli tehnologice simple, ca şi metaregulile, nu sunt adevărate sau false, cum sunt legile nomologice, ci mai mult sau mai puţin eficiente sau ineficiente şi că eficienţa lor trebuie stabilită empiric. Mai mult, o dată stabilită eficienţa lor, se ridică alte două probleme: aceea a explicării eficienţei lor şi aceea a justificării aplicării lor.

Explicarea eficienţei unei reguli se poate face, după Bunge (1967), pornind de la propoziţii nomologice sau de la teorii tehnologice.

Justificarea aplicării unei reguli tehnologice se referă la problema de a şti dacă şi pentru ce o regulă trebuie aplicată într-o situaţie concretă; este vorba deci pentru practician de problema alegerii terapiei. Ea acoperă o dublă alegere: aceea a scopului ce trebuie atins şi aceea a mijloacelor ce trebuie folosite (măsuri, tratamente).

În ceea ce priveşte alegerea scopului ce trebuie realizat, este important să subliniem că cercetarea şi justificarea acestui scop se situează în afara cercetării ştiinţifice empirice, având în vedere faptul că este vorba de probleme implicând judecăţi de valoare. Cercetarea empirică poate să explice bine de ce un pacient şi un terapeut aleg un oarecare scop terapeutic; ea nu poate totuşi justifica această alegere, adică să răspundă la problema de a şti dacă acest scop este fondat pe o normă etică valabilă (Perrez, 1976).

Referitor la mijloacele folosite, terapeutul va trebui să facă o alegere raţională printre mijloacele posibile (măsuri, sfaturi, terapie); el va trebui să găsească argumente care să justifice aplicarea unui tratament determinat pentru a atinge un scop determinat într-un anume caz concret. O astfel de alegere poate fi considerată ca raţional fundamentată atunci când satisface o serie de condiţii pe care le vom aborda mai îndeaproape în capitolul 5. Totuşi va trebui să răspundem aici, pe scurt, la două intrebări pe care mulţi cititori şi le vor fi pus: o astfel de concepţie tehnologică privind psihoterapia nu este puţin prea scurtă şi naivă? Unde rămâne, din această perspectivă, dimensiunea "artă" din orice terapie?

Pentru că, dacă trebuie să ştim că o concepţie tehnologică privind intervenţia psihologică nu este acceptată fără probleme, trebuie să subliniem şi că adoptarea unei astfel de concepţii (cum o facem aici) nu înseamnă ignorarea acestor probleme. Noi le-am descris în altă parte (Huber, 1987) şi am vrea să repetăm aici doar faptul că "ignorarea tehnologiei nu garantează autenticitatea şi emanciparea subiectului" şi să reamintim câteva fraze ale unui teoretician al ştiintei, ale unui filozof al ştiinţelor şi ale unui psihiatru terapeut considerat ca reprezentant al orientării fenomenologice şi existenţiale. Primul (Westmeyer, 1973) spune despre acest subiect: "Doar rezultatele garantate, bine demonstrate, pot contribui la o elucidare a sinelui individului şi a dependenţelor sale sociale. Doar

rezultatele pertinente din punct de vedere tehnologic pot fi folosite la înlăturarea acestor dependenţe". Al doilea (Ladrière, 1977) în *Les Enjeux de la rationalité. Le défi de la science et de la technologie aux cultures*, a scris că "riscul alienării este real, dar creşterea posibilităţilor creative este pe măsura acestui risc". În sfârşit, psihiatrul terapeut de orientare fenomenologică şi existenţială (R. Kuhn, 1977) estimează: "Scopul oricărei psihiatrii prezente şi viitoare trebuie să fie de a pune diagnostice fundamentate şi de a începe astfel decât să duci la bun sfârşit terapii justificate".

În ceea ce priveşte componenta artistică a intervenţiei psihologice, am vrea să reamintim că nu este suficient să cunoaştem regulile (tehnologice) pentru a duce la bun sfârşit o intervenţie. Trebuie să ştim şi să putem aplica principii euristice şi reguli problemelor şi situaţiei cazului concret. Este altceva şi mult mai simplu decât aplicarea unui "mod de a face" (procedeu tehnic). Şi trebuie să fie clar că în domeniul psihologiei clinice nu este vorba numai de a învăţa tehnici (pentru a le schimba pe celelalte), ci şi de a face o muncă de clarificare asupra sinelui, asupra persoanei care "aplică" tehnicile. În psihoterapie, ca şi în arte, este vorba de un "savoir-faire" care depăşeşte regulile; dar în psihoterapie, spre deosebire de arte, acţiunea se judecă de asemenea după criterii obiective de eficacitate şi după compatibilitatea acesteia cu cunoaşterea ştiinţifică. Psihoterapia ar fi deci o activitate bazată pe o cunoaştere fundamentală şi tehnologică şi care necesită o competenţă în aplicarea regulilor tehnologice la cazuri particulare. Este un lucru care se predă şi care se învaţă şi pentru care poţi fi mai mult sau mai puţin dotat. Este artă în sensul de "savoir-faire", de a folosi cunoaşterea ştiinţifică, clinică şi tehnologică în scopul ajungerii la o sinteză creatoare în cazul particular, dar, cu excepţia voinţei de a ajuta, nu este ceva care se situează în afara ştiinţei[10].

[10] Aşa cum bine arată descrierile şi comentariile în legătură cu arta terapeutică, făcute de exemplu de Reik (1976) (vezi Huber, 1987, p.125-126) şi de Binswanger (1934). Acesta din urmă, comentând una din intervenţiile sale terapeutice aparţinând acestei arte terapeutice o spune clar: "Astfel de intuiţii vin... nu de la forţa divină, ci, ca tot ceea ce nu este extraordinar, doar dintr-un efort dur, făcut cu răbdare, şi dintr-o confruntare şi o clarificare continuă a individului cu legile şi regulile obiective ale artei sale şi ale ştiinţei sale"

5. Criza sistemelor şi declinul gândirii centrate pe şcoli

Trebuie să abordăm un ultim aspect important pentru înţelegerea mijloacelor şi metodelor actuale de tratament al tulburărilor psihice: criza sistemelor şi declinul gândirii centrate pe şcoli. Acest fenomen apare din ce în ce mai clar.

La sfârşitul anilor 1960, domeniul psihoterapiei era dominat de trei şcoli ce propuneau trei sisteme închise (psihanaliza, terapia rogeriană şi terapia comportamentală). Majoritatea adepţilor lor se străduiau să-şi aplice terapia după regulile şcolii şi nu aveau deloc contacte cu alte moduri de a privi lucrurile. Aproximativ din anii 1980 această situaţie s-a schimbat şi a evoluat spre o atitudine mai suplă: de la un mod de a privi lucrurile ce era centrat pe şcoli spre o perspectivă centrată pe problemele de care suferă pacienţii. Cauzele acestor schimbări se află în dezvoltarea psihologiei generale ("cotitura cognitivă"), în critica adresată din exterior şi din interior diverselor sisteme, cât şi în cercetarea asupra efectelor psihoterapiei şi în cererea în creştere, atât din partea pacienţilor cât şi a instituţiilor de îngrijire a sănătăţii, ca aceste terapii să fie eficace şi eficiente.

În psihanaliză s-a observat astfel apariţia unor fisuri în blocul monolitic al sistemului ortodox. Critici şi îndoieli, care veneau înainte din exterior, începeau să apară şi să se extindă chiar din interiorul domeniului. Ele nu se mai refereau doar la antropologia implicită (adică viziunea individului) sau metapsihologie (adică teoria generală a psihanalizei), ci în aceeaşi măsură la aspecte de mare importanţă pentru clinică şi terapie. Astfel, după Eysenck şi Nagel, psihanalişti ca Loch şi Spence (şi înaintea lor Glover) ajungeau la o abordare mai critică a conceptelor şi a statutului ştiinţific ale teoriei psihanalitice. Ipoteze fundamentale, ca de exemplu metafora arheologică a lui Freud (după care psihanalistul descoperă adevărul istoric în maniera arheologului), concepţiile sale privind "asociaţia liberă" a pacienţilor şi "atenţia flotantă" a terapeutului, concepţia psihanalitică clasică asupra autenticităţii interpretării au fost zdruncinate din temelii (Grünbaum, 1979; Loch, 1977; Ricoeur, 1977; Spence, 1982). La aceasta se adaugă cercetarea clinică empirică a unor psihanalişti anglo-saxoni care puneau la îndoială concepţiile clinice clasice referitoare la efectele

şi procesele terapeutice ale psihanalizei (vezi, pentru primele lucrări, Malan, 1963; Kernberg, 1972; Appelbaum, 1977; Luborsky & Spence, 1978). Aceste critici şi cercetări empirice au contribuit la deschiderea uşilor şi ferestrelor edificiului dogmatic şi rigid al clinicii şi cercetării contemporane şi în acelaşi timp la sensibilizarea în acest sens a locuitorilor săi.

Şi terapia comportamentală, deşi mult mai tânără, a cunoscut o evoluţie asemănătoare, în cursul căreia adevărurile sale fundamentale de la început au primit un statut mai empiric. Şi aici critica teoriei ştiinţelor şi cercetarea empirică au modificat peisajul. Atunci când Eysenck (1959) mai justifica încă superioritatea teoretică a terapiei comportamentale, afirmând că ea provenise din teoria învăţării şi "din studii experimentale specifice concepute pentru a verifica teoria de bază şi deducţiile făcute pornind de la ea", Berger & McGaugh (1965) găsesc această proveniență mai degrabă metaforică. London (1972) vorbeşte deja despre "sfârşitul ideologiei în terapia comportamentală" şi Westmeyer (1977) arată într-o analiză aprofundată că nu este vorba de o "aplicare" a teoriilor comportamentale, ci de "practică controlată". Aşa cum o arată lucrările ulterioare, nici originea nevrozelor (vezi Breger & McGaugh, 1965; Rachman, 1985; Seligman, 1971), nici tratamentul lor (vezi Kazdin, 1979) nu mai pot fi explicate atât de simplu cum părea la Wolpe, prin schema reflexului condiţionat, generalizarea şi extinderea sa. Destul de repede, nu se mai folosea, de altfel, doar "comportamentul observabil", ci se lărgea repertoriul terapeutic prin "reprezentări metaforice" şi cogniţii (adică idei, gânduri, reprezentări, imagini). Este ceea ce a condus la aşa-numita teorie comportamental-cognitivă care, la rândul său, a făcut deja obiectul unei critici de fond, Zajonc (1980) remarcând faptul că congniţiile nu preced şi nu determină sentimentele şi comportamentul, ci sunt mai curând codificate şi tratate prin alte structuri nervoase. Şi în sfârşit, rezultatele terapeutice excelente de la început au fost chiar contestate - Wolpe (1958) consideră 89,5% din pacienţi "vindecaţi sau foarte ameliorați". În legătură cu acest subiect, Lazarus (1971) mărturisea că decepţiile sale privind propriile sale cazuri au constituit motivul pentru care şi-a dezvoltat "terapia sa multimodală sau cu spectru larg"; Smith, Glass & Miller (1980) n-au constatat o superioritate generală a terapiei comportamentale; Kazdin (1979), Kazdin & Wilson (1978) au găsit-o superioară doar pentru unele

tulburări, ca de exemplu fobiile şi obsesiile/compulsiile, şi Marks (1976) estima chiar că, pentru mulţi pacienţi adulţi în căutarea unei terapii, terapia comportamentală nu este indicată.

Sistemul lui Carl Rogers, terapia nondirectivă, a cunoscut de asemenea dezvoltări importante, aşa cum reiese de la Lietaer şi al. (1989), de la Sachse (1992) şi de la Sachse & Maus (1991). Aceşti ultimi autori prezintă un concept foarte dezvoltat privind comprehensiunea empatică şi un repertoriu mai amplu de intervenţii terapeutice.

Chiar în momentul în care aceste critici externe şi interne sistemelor erau mai insistente, aproape ca un fenomen concomitent, se conturau în paralel tentative de renovare, o revenire a interesului pentru pluralism, pentru integrarea diferitelor sisteme, eclectism, şi pentru cercetare. Atât literatura profesională, cât şi lucrările de cercetare demonstrează că acest interes s-a dezvoltat clar în cursul anilor 1980; lucrările lui Goldfried (1980), ale lui Arkowitz & Messer (198î), ale lui Beitman & Klerman (1991) sunt exemple în aceeastă privinţă. Fondarea cunoscutei *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration* (SEPI, 1983), care a suscitat de atunci un interes în creştere, este o iniţiativă în acest sens. Titlul unui simpozion regional ce s-a desfăşurat recent sub egida Asociaţiei Mondiale de Psihiatrie (septembrie 1993): "The Many Facets of Psychiatric Treatment and their Rationale", indică faptul că acest interes nu dispare. Preşedintele simpozionului justifică astfel acest interes: "Într-o epocă în care costul îngrijirii medicale mintale devine o sarcină grea nu numai în Germania, ci şi în majoritatea ţărilor din Vest, este în mod deosebit important să cunoaştem şi să utilizăm terapiile cele mai eficace".

Pentru apărătorii pluralismului, care încep să recunoască alte sisteme, se pune problema de a admite diferenţe în privinţa reprezentării individului, a valorilor şi a metodei, de a conserva originalitatea sistemului, de a extinde aspectele solide ale acestuia şi de a le diminua pe cele slabe. Pentru aceşti autori lumea este variată şi nu poate fi explicată printr-un singur sistem. O sinteză nu îi se pare nici posibilă, nici de dorit şi de altfel ar fi imposibil de realizat în practică. Messer & Winokur (1984) scriu în legătură cu psihanaliza şi terapia comportamentală:

> "Există câteva momente într-o terapie în care terapeutul trebuie să decidă dacă este cazul să încurajeze acţiunea sau să continue explorarea, dacă trebuie să asculte şi să interpreteze sau să pună în discuţie presupunerile iraţionale şi să facă sugestii specifice. Acestea sunt posibilităţi care se exclud reciproc. Perspective şi puncte de vedere diferite orientează terapeutul în direcţii diferite".

Această atitudine se limitează, la drept vorbind, la credinţa în sistem, dar ea recunoaşte - şi este ceea ce o diferenţiază de gândirea centrată pe şcolile anterioare - că există diferite moduri de a vedea lucrurile şi că şi aceste opinii au dreptul lor de a exista.

A doua atitudine în acest domeniu îşi are rădăcinile mai ales în ipoteza echivalenţei efectelor terapeutice rezultând din cercetarea asupra evaluării şi din studiul factorilor terapeutici. Ipoteza de bază este aici cea a factorilor terapeutici nonspecifici, cea a factorilor comuni. Din această perspectivă, este vorba deci de a studia şi de a amplifica nu diferenţele dintre şcoli, ci mai degrabă punctele comune, pentru că factorii comuni sunt cei care produc efectul terapeutic.

În vreme ce punctele de vedere schiţate mai sus porneau de la întrebarea: "Ce separă şcolile" sau "Ce au ele în comun" punctul de plecare pentru o a treia perspectivă este întrebarea: "Ce măsuri luate, de care terapeut, sunt cele mai eficace, la care pacient având care problemă?". Este maniera de a vedea lucrurile pe care o putem califica drept "eclectism tehnic" şi care, dacă este urmată sistematic şi critic, se dovedeşte a fi cea mai interesantă atît pentru cercetare, cât şi pentru clinică (şi deci pentru pacient). Ea a influenţat nu numai cercetarea diagnostică (descrierea şi clasificarea problemelor şi a pacienţilor) şi cercetarea asupra efectelor terapeutice (problemele spectrului efectelor), ci şi cercetarea asupra proceselor (dezvoltarea manualelor de terapie şi microanaliza proceselor terapeutice) şi a revigorat cercetările asupra indicaţiei. Cadrele de referinţă teoretice ale reprezentanţilor acestor cercetări sunt de diverse tipuri (de exemplu Lazarus, 1976; Garfield, 1980; Beutler, 1983); ceea ce au totuşi în comun este faptul că alegerea şi combinarea metodelor de tratament sunt bazate pe cât posibil pe cercetarea empirică şi sunt fondate din punct de vedere raţional.

Acest declin în ceea ce priveşte interesul pentru şcoli şi sisteme a condus în acelaşi timp la o mai mare deschidere în planul practicii terapeutice, la introducerea de tehnici provenind din alte

modalităţi terapeutice. Prin aceasta au fost înlesnite dezvoltarea unor combinaţii de tratamente specifice pentru unele probleme şi tulburări şi, în paralel, îmbogăţirea repertoriului de metode şi tehnici. Astăzi, mult mai rar ca înainte, suntem mulţumiţi cu o formare în terapia rogeriană, în psihanaliză sau în terapia comportamentală; ne însuşim mai degrabă competenţe suplimentare printr-o specializare şi o formare continuă în metode de tratament orientate pe probleme. Nu este vorba bineînţeles să te formezi în acelaşi timp în mai multe şcoli (aceasta nu mai este posibil şi trebuie să ai un punct de vedere şi nişte rădăcini), ci este vorba de a cunoaşte diferitele metode care au fost testate în tratamentul unei probleme clinice şi de a câştiga competenţele necesare pentru a le folosi. Aşa cum spuneam mai înainte (Huber, 1992), este situaţia la care un pacient are dreptul să se aştepte atunci când consultă un profesionist.

CAPITOLUL 3

Unele tulburări psihice importante şi tratarea lor

În cele două capitole care urmează, ne vom opri asupra cunoştinţelor noastre în ceea ce priveşte tratarea unor tulburări psihice. Mai precis, ne vom întreba care sunt intervenţiile ce şi-au dovedit eficienţa în tratarea acestor tulburări. Vom începe printr-o scurtă descriere a tulburării şi vom prezenta terapiile cele mai cunoscute incluzând teoriile etiologice şi terapeutice corespunzătoare. Alegerea noastră se limitează la terapii a căror documentaţie ştiinţifică nu coboară sub un minimum necesar şi care prezintă în acelaşi timp dovezi de eficacitate acceptabile. Ne vom opri apoi asupra unor probleme importante pentru evaluarea efectelor terapeutice: în principal problemele referitoare la efectul constatat după tratament, la efectul pe termen lung, la recidive cât şi la eventualele efecte diferenţiale. Vom discuta, de asemenea, aspectul referitor la faptul că pentru majoritatea tulburărilor prezentate se poate apela şi la un tratament medicamentos, acesta putând fi câteodată chiar indispensabil, şi ne vom pune problema unei combinaţii dintre farmacoterapie şi psihoterapie. Un scurt rezumat conţinând indicaţii în ceea ce priveşte terapia aleasă şi terapiile alternative încheie capitolul asupra diferitelor tulburări psihice.[1]

[1] Aceste indicaţii nu se bazează bineînţeles doar pe dovezile de eficacitate citate în text, ci într-o măsură mult mai mare pe o trecere în revistă a literaturii de specialitate aşa cum este ea rezumată de exemplu la Marks (1987), Tyrer (1989), în Task Force Report, American Psychiatric Association (1989), şi la Meyer şi al. (1991)

Aş dori să subliniez în mod expres că materialul prezentat aici nu trebuie receptat ca un îndrumător ce ar permite punerea unui diagnostic sau stabilirea unui proiect de terapie, ci ca un ajutor pentru a răspunde, fără a neglija stadiul actual al cercetărilor, la întrebarea privind opţiunea terapeutică.

Cum nu este posibil, în această lucrare, să se prezinte toate tulburările şi terapiile importante pentru care există lucrări de cercetare empirice, ne vom limita la cele care au făcut obiectul unor numeroase cercetări. Nota explicativă[2] prezintă o scurtă trecere în revistă a altor tulburări a căror tratament a constituit subiectul unor cercetări empirice.

Exemplificarea acestor terapii pornind de la studii de caz ar fi putut fi un ajutor util demersului nostru. Acest lucru ar fi solicitat din păcate prea mult din spaţiul de care dispunem, fapt care ne obligă să îndrumăm cititorul să consulte şi alte lucrări.[3]

1. Anxietate, agorafobie şi panică

Anxietatea este un fenomen cu care fiecare s-a întâlnit în viaţa cotidiană şi care însoţeşte, de asemenea, în diverse moduri multe tulburări psihice. În psihopatologie, Janet şi Freud au studiat deja mai îndeaproape acest fenomen la sfârşitul secolului trecut. Începând cu mijlocul anilor '60, el este din nou obiect de studiu. Acest fapt a dus la o nouă clasificare şi la dezvoltarea unor metode noi de tratament pe care le vom prezenta aici din punct de vedere al indicaţiei diferenţiale privită din perspectiva pacientului.

Noua clasificare se deosebeşte de cea veche prin abandonarea conceptului clasic de nevroză şi prin importanţa acordată acceselor de panică în dezvoltarea şi menţinerea tulburărilor anxioase. Ea clasifică tulburările anxioase astfel (vezi tabelul 15):

[2] Alcoolism
Anorexie şi bulimie
Abuz şi dependenţă de droguri
Reacţie de stres posttraumatică
Schizofrenie
Tulburări borderline
Tulburări de limbaj
Tulburări neuropsihologice
Tulburări psihofiziologice şi psihosomatice

300.21	Tulburare iraţională cu agorafobie
300.01	Tulburare iraţională fără agorafobie
300.22	Agorafobie fără antecedente de panică
300.23	Fobie socială
300.29	Fobie simplă (specifică)
300.02	Anxietate generalizată (tulburare)
300.00	Tulburare anxioasă nespecificătă
300.30	Tulburare obsesională-compulsivă
309.89	Stare de stres posttraumatică (tulburare)

Tabelul 15: *Clasificarea tulburărilor anxioase după DSM-III-R*, ©1987, American Psychiatric Association şi ©1989, Masson (pentru traducerea franceză).

Această clasificare a tulburărilor anxioase după DSM-III-R (pentru diferitele definiţii vezi mai jos) n-a rămas fără critică şi are - ca orice clasificare - avantajele şi dezavantajele sale. Am ales-o aici pentru că este cea mai răspândită în cercetare şi pentru că, în ceea ce ne priveşte, ea este mai interesantă pentru moment. Cititorul preocupat de problema clasificării tulburărilor nevrotice va găsi la Tyrer (1989) o discuţie interesantă a unui clinician şi cercetător european.

1.1. Abordarea psihanalitică

În 1895 deja, Freud a descris nevroza anxioasă, pe care dorea s-o deosebească de neurastenie (adică iritabilitatea nervoasă). El vedea această nevroză ca fiind caracterizată de simptomele următoare: 1) iritabilitate generală; 2) aşteptare anxioasă; 3) acces de angoasă; 4) tulburări ale funcţiilor corporale;

Hipertensiune
Astm bronşic
Dureri de cap
Ulcere peptice ale stomacului şi tractului digestiv
Torticolis psihogen.

[3] Pentru psihanaliză se vor consulta studiile clasice de caz ale lui Freud şi lucrarea lui Malan (1979); pentru terapia familială şi sistemică, operele lui Haley (1979), Minuchin (1979) şi Boszormenyi-Nagy & Framo (1980); pentru terapia comportamentală, Fontaine, Cottraux & Ladouceur (1984), Blackburn & Cottraux (1988), Poudat & Jarrousse (1992).

5) tresăriri de spaimă nocturne; 6) vertij; 7) apariţia fobiilor; 8) tulburări digestive; 9) parestezii (adică tulburări de sensibilitate, mai ales senzaţii jenante); şi 10) posibilitatea de cronicizare a mai multor dintre simptomele menţionate.

În acelaşi articol, Freud a descris şi tulburarea iraţională, pe care o caracteriza, aşa cum se poate vedea în comentariile sale în legătură cu anxietatea, într-o manieră foarte actuală:

> "Aceasta, din contră, poate de asemenea să apară pe neaşteptate, fără a fi stimulată de cursul evenimentelor şi să provoace astfel un acces de angoasă. Un astfel de acces de angoasă constă fie numai din sentimentul de angoasă, fără să i se asocieze nici o reprezentare, sau însoţit de prima interpretare ce se poate oferi, viaţă distrusă, "criză", nebunie ameninţătoare, sau sentimentului de angoasă i se adaugă o oarecare parestezie (asemănătoare aurei isterice), sau, în sfârşit, senzaţiei de angoasă i se asociază o tulburare a uneia sau a mai multor funcţii corporale, respiraţia, activitatea cardiacă, inervaţia vasomotoare, activitatea glandulară" (G.W., I, p. 319).

Aşa cum reiese din această descriere, Freud menţionează trăsăturile care vor fi considerate mai târziu în DSM-III-R drept caracteristici ale tulburării iraţionale: manifestarea neaşteptată a unor atacuri de panică, absenţa unei legături cu un stimul cunoscut, frica de a înnebuni sau de a muri şi simptomele corporale asociate.

Se va constata că nu trebuie schimbat nimic în descrierea tulburărilor anxioase făcută de Freud; ea se regăseşte, de altfel, în 1978 în CIM-9. Nevroza anxioasă este definită aici astfel:

> "Combinaţie variată de manifestări fizice şi mintale de anxietate neprovocate de un pericol real şi survenind sau prin accese, sau sub forma unei stări permanente. Anxietatea este de obicei difuză şi poate deveni panică. Alte semne nevrotice, ca de exemplu simptomele obsesionale sau isterice, pot fi prezente, dar nu domină tabloul clinic".

Pentru a schiţa concepţia pe care o avea Freud despre tulburările anxioase şi despre originea lor, trebuie să spunem că el descria trei categorii de angoasă (anxietatea uşoară sau anxietatea

de aşteptare (expectanţă), anxietatea fobică sau de situaţie şi accesele de angoasă), că le numea angoase traumatice, atunci când erau puternice şi intense, şi anxietate de semnalare în cazul unei manifestări mai benigne. Freud diferenţia, de asemenea, frica de angoasă: aceasta nu se raportează la un pericol extern, ci la un pericol intern, la o dorinţă pulsională inconştientă a cărei realizare este receptată drept periculoasă şi trebuie să fie împiedicată prin mecanismele de apărare. Este deci vorba de amintiri inconştiente, de pericole reale sau imaginare care sunt în legătură cu dorinţe infantile. Aceste pericole se schimbă pe parcursul dezvoltării psihosexuale a individului şi sunt, în ordinea apariţiei lor: 1) pericolul de a pierde obiectul dragostei; 2) pericolul de a pierde dragostea obiectului; 3) castrarea; şi 4) pericolele rezultând din supraeu.

În cazul agorafobiei, de exemplu, este vorba, după Freud, de un conflict legat de fanteziile sexuale inconştiente. Angoasa asociată satisfacţiei pulsionale este deplasată şi proiectată în spaţiu (de exemplu stradă); pacientul poate astfel să se apere de angoasă, evitând locul periculos, de exemplu strada. După concepţiile psihanalitice mai recente, ar fi vorba totuşi mai puţin de un conflict legat de dorinţe sexuale, cât de un conflict în ceea ce priveşte problema separaţiei şi a delimitării. După aceste cercetări mai recente, miezul conflictului s-ar găsi într-un conflict dintre dorinţa de "a ieşi în larg", de a deveni autonom şi adult, şi dorinţa de a evita angoasa care presupune această emancipare.

Terapia trebuie deci să ia în considerare, în special, componenta imaginară (fantezia) a angoasei şi are drept scop să permită pacientului să înţeleagă conflictul fundamental, să interpreteze şi să facă să dispară transferul care s-a dezvoltat pe parcursul terapiei. Că acest lucru nu se poate face după procedeul clasic, Freud a recunoscut-o deja în 1911 şi chiar insista mai târziu atunci când scria:

> "O ultimă activitate, cu totul diferită, se impune ca urmare a conştientizării crescânde a faptului că diferitele forme de boală pe care le tratăm nu pot fi tratate prin aceeaşi tehnică. Ar fi prematur să discutăm acest lucru în detaliu, dar pot arăta, cu ajutorul a două exemple, în ce măsură trebuie luată în considerare o activitate nouă în această problemă. Tehnica noastră s-a

dezvoltat în timpul tratamentului isteriei şi este încă potrivită acestei afecţiuni. Fobiile însă ne obligă, totuşi, să depăşim conduita noastră actuală. Nu stăpâneşti niciodată o fobie dacă te aştepţi ca prin analiză bolnavul să fie convins s-o abandoneze. El nu va aduce niciodată în analiză materialul indispensabil unei rezolvări convingătoare a fobiei. Luaţi exemplul unui agorafob: sunt două categorii, unii care au forme mai uşoare şi alţii mai grave. Primii suferă de fiecare dată de anxietate atunci când merg singuri pe stradă, dar n-au renunţat totuşi să meargă singuri, ceilalţi se apără de angoasă renunţând să iasă singuri. La ultima categorie n-ai succes decât cu condiţia de a putea să-i determini, prin influenţa analizei, să se comporte din nou ca nişte fobici din prima categorie, deci să meargă pe stradă şi să lupte cu angoasa, în timpul acestui tratament. Se încearcă deci mai întâi să se diminueze fobia pînă la acest prag şi doar când a ajuns ici, bolnavul va fi în posesia ideilor şi a amintirilor care fac posibilă rezolvarea fobiei" (G.W., XII, p. 191).

Cercetări mai recente privind tratamentul psihanalitic al agorafobiei se preocupă mai mult de problema cum să determini aceşti pacienţi "să se comporte din nou ca nişte fobici de primul grad, deci să meargă pe stradă şi să lupte împotriva angoasei, în timpul acestui tratament", adică ele acţionează, cel puţin la început, într-o manieră mai centrată pe simptom.

Pentru a stabili eficacitatea terapiei psihanalitice în agorafobie şi tulburările iraţionale, literatura psihanalitică face studii de caz. Studii de evaluare empirice, sistematice şi controlate nu par a fi fost încă prezentate.

1.2. Modelul biologic al agorafobiei şi al tulburării iraţionale

Donald Klein (1962) făcea, în perioada cercetărilor începute în 1959 privind antidepresivul imipramina, încă necomercializat în acea epocă, o observaţie interesantă: acest medicament nu dădea doar rezultate bune în tratamentul depresiilor grave, ci şi în timpul terapiei tulburărilor anxioase care nu puteau fi ameliorate nici de psihoterapii intensive în mediu ospitalier, nici prin tratamente de sedare. La fel de surprinzătoare a

fost observaţia că acest medicament ameliora crizele de angoasă, dar nu anxietatea generală. Klein încerca să consolideze şi să extindă aceste observaţii în cercetări clinice. Sprijinindu-se pe de altă parte pe cunoştinţele sale clinice, empirice şi teoretice, Klein a elaborat un model biologic al anxietăţii, al panicii şi al agorafobiei care trebuia să exercite o mare influenţă asupra cercetării şi asupra clasificării tulburărilor anxioase din DSM-III-R.

"Tulburarea iraţională" care se poate manifesta cu sau fără agorafobie este caracterizată astfel în DSM-III-R:

> "Caracteristicile esenţiale a acestor tulburări sunt crizele de panică recurente, adică perioade bine delimitate de frică sau de rău intens, asociate cu cel puţin patru simptome caracteristice. Diagnosticul nu se susţine decât dacă nu s-a putut stabili că un factor organic a iniţiat sau a menţinut tulburarea".
> DSM-III-R, ©1987, American Psychiatric Association şi ©1989, Masson (pentru traducerea franceză)

Agorafobia care poate să se prezinte cu sau fără panică este descrisă aici astfel:

> "Agorafobie: frica de a se regăsi în locuri sau situaţii de unde ar putea fi greu (sau jenant) să scapi sau în care s-ar putea să nu găseşti ajutor în caz de criză de panică. Această frică antrenează o restricţie privind deplasările sau o nevoie de a fi acompaniat în afara casei; altfel, subiectul suportă situaţiile generatoare de agorafobie deşi acestea provoacă o anxietate intensă. Situaţiile generatoare de agorafobie corespund de obicei situaţiei de a se găsi singur în afara domiciliului, de a fi în mulţime sau la un rând de aşteptare, pe un pod sau într-un autobuz, un tren sau o maşină".
> DSM-III-R, ©1987, American Psychiatric Association şi ©1989, Masson (pentru traducerea franceză)

După concepţia lui Klein, nu există numai o deosebire cantitativă, ci şi una calitativă între angoasa iraţională şi celelalte tulburări anxioase. Angoasa iraţională este caracterizată prin apariţia sa spontană, ca un acces - "căzând din cerul albastru" - fără evenimente declanşatoare aparente, prin marea sa intensitate

şi printr-o serie de simptome corporale, ca de exemplu dificultăţi respiratorii, bătăi de inimă, ameţeli, transpiraţie etc. Pentru Klein, este vorba de o tulburare funcţională primară biologică cu componente genetice (ereditare) pe care nici psihanaliza, nici teoria învăţării nu pot s-o explice într-o manieră satisfăcătoare. Anxietatea cronică sau de anticipaţie, din contră, este frica de angoasa iraţională, deci este de ordinul anxietăţii de expectaţie; ea are un aspect mai degrabă cronic decât de criză. Ea se manifestă mai mult ca tensiune, ca anxietate şi la nivelul simptomelor cognitive. Din această perspectivă, agorafobia devine teama şi evitarea angoasei iraţionale şi a situaţiilor în care aceasta s-a manifestat şi cu care este asociată. Pentru a susţine aceste observaţii şi ipoteze privind tulburarea iraţională ca fenomen specific, primar biologic, Klein avansează următoarele argumente:

1. Specificitatea efectului medicamentos: medicamente specifice exercită un efect specific asupra angoasei iraţionale şi anxietăţii anticipative. Antidepresivele triciclice (mai ales imipramina) şi inhibitorii monoamin-oxidazei (IMAO, mai ales fenelzina) ar fi astfel eficace în angoasa iraţională, dar nu în anxietatea anticipativă. Totuşi medicaţiile tranchilizante (mai ales benzodiazepinele) şi alcoolul ar avea efectul invers.

2. Declanşarea accesului de panică prin infuzia de lactat de sodiu ar fi posibilă la pacienţii suferind de tulburări iraţionale, dar nu la subiecţii de experienţă normali.

3. O puternică componentă genetică care ar fi independentă de anxietatea anticipativă s-ar găsi în studii familiale.

4. O anamneză de anxietate de separaţie s-ar găsi la aproximativ jumătate din pacienţii suferind de tulburări iraţionale. Ca şi anxietatea de separaţie la animale, aceasta ar putea fi tratată cu succes cu imipramină.

Barlow (1988) şi Ehlers, Margraf & Roth (1986) au supus aceste argumente unei critici detaliate pe care o putem rezuma, cu Margraf şi al. (1986), astfel:

> "Trecerea în revistă a literaturii de specialitate nu găsea sprijin pentru afirmaţia după care ar exista o acţiune medicamentoasă specifică asupra panicii versus alte tipuri de anxietate. Studiile aşa-numite de inducere a panicii nu furnizează argumente pentru modelele lui Klein sau Sheehen. Transmiterea genetică a

> dispoziţiei de a face crize de panică independent de anxietatea generalizată mai trebuie încă demonstrată. Deşi problema spontaneităţii crizelor de panică n-a început să fie studiată în mod adecvat decât de puţin timp, există câteva dovezi în favoarea existenţei unor stimuli interni ce declanşează imediat crize individuale de panică. În final, relaţia dintre anxietatea de separaţie infantilă şi crizele de panică ale adultului este slabă, datorată probabil naturii pur retrospective ale studiilor făcute până în prezent. Concludem că modelele care se centrează în întregime pe efectele pe care le exercită stările biologice asupra stărilor psihice nu sunt compatibile cu complexitatea fenomenelor studiate şi cu majoritatea datelor empirice".

Teoria tratamentului angoasei, panicii şi agorafobiei care decurge din acest model este bineînţeles de orientare biologică şi dirijată spre crizele de panică. Deoarece criza de panică, după această teorie, este rezultatul unui prag patologic scăzut pentru declanşarea reacţiilor de a alarmă înnăscute, tratamentul nu poate consta pentru Klein decât în ridicarea acestui prag. Este ceea ce se obţine prin antidepresivele care îşi ating efectul pozitiv asupra crizelor de panică prin această normalizare a pragului.

Eficacitatea imipraminei în tratamentul crizelor de panică şi agorafobie a fost stabilită printr-o serie de studii interesante.

> Pentru fobiile şcolare, Gittelman-Klein & Klein (1971) au găsit rezultate pozitive, deşi Berney (1981) ajunge la rezultate negative. Zitrin şi al. (1972, 1978, 1980, 1983) au studiat pacienţi adulţi într-o serie de investigaţii, controlate comparând efectul imipraminei şi al terapiei comportamentale. Rezultatele ultimelor două studii erau foarte asemănătoare, în sensul că adăugarea imipraminei la tratamentul prin expunere (adică o tehnică comportamentală ce constă în confruntarea pacientului cu obiectul declanşator al anxietăţii, vezi mai jos) permitea unui număr mai mare de pacienţi să ajungă la o ameliorare considerabilă sau medie. În studiul din 1980, 93% din pacienţii ce terminau terapia (imipramină + expunere *in vivo*) puteau fi consideraţi ca fiind considerabil sau mediu ameliораţi. Acest rezultat n-a fost atins decât de 72% din pacienţii care au fost trataţi doar prin expunere; este o diferenţă semnificativă din punct

de vedere statistic. Trebuie însă să notăm şi faptul că pentru tratamentul combinat (imipramină + expunere) se vor înregistra 29% de recăderi, în timp ce combinaţia dintre o terapie prin expunere şi efectul placebo nu înregistrează decât 6%. Aşa cum arată alte cercetări, mulţi pacienţi nu acceptă această farmacoterapie (30%) sau o abandonează din cauza efectelor secundare (30%-40%), în situaţia în care procentul de abandon al tratamentelor prin terapia prin expunere nu este decât de 10%. În consecinţă, Zitrin recomandă să se înceapă printr-o terapie de expunere (de cel puţin patru săptămâni) şi să nu se treacă la tratamentul cu imipramină decât atunci când crizele de panică nu sunt ameliorate. În cercetarea din 1983, 84% din pacienţii care au terminat tratamentul (imipramină + expunere *in sensu*) erau puternic sau moderat ameliorați, în comparaţie cu 70% care au primit un tratament de expunere + placebo. Imipramina provoacă deci un efect adiţional.

Studii mai recente, îmbunătăţite din punct de vedere metodologic, dau rezultate asemănătoare.

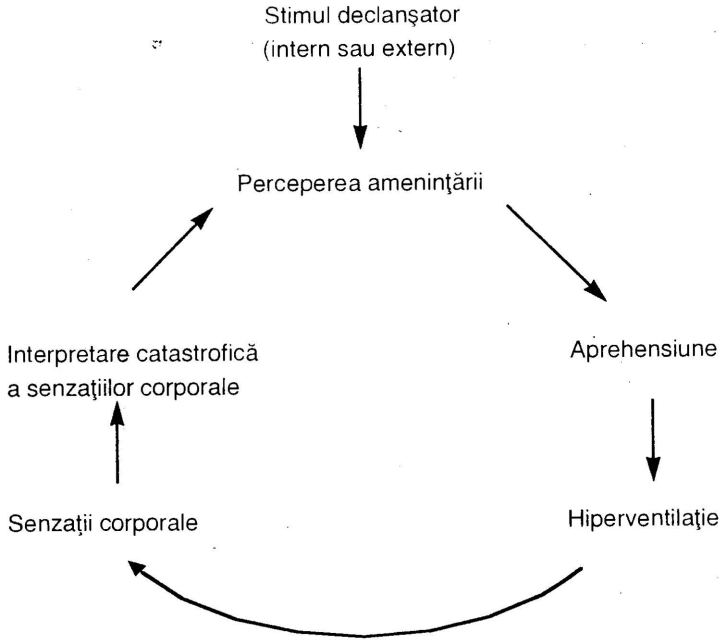
Marks şi al. (1983) au comparat de asemenea tratamentele agorafobiilor prin expunere şi prin imipramină. În vreme ce o primă analiză a datelor nu arăta nici o diferenţă, o a doua analiză a lui Raskin, Marks & Sheehan (1983) demonstra o diferenţă în favoarea imipraminei aplicată imediat după tratament, dar aceasta a dispărut în perioada următoare (*follow-up*). Acelaşi rezultat a fost găsit de Mavissakalian & Michelson (1986a, 1986b) într-o cercetare asemănătoare. Trebuie să remarcăm însă că efectul imipraminei este mult mai puţin bine stabilit atunci când este studiat comparându-se un tratament doar cu imipramină şi un tratament cu placebo în loc să-l studiem într-un tratament combinat (imipramină + expunere). Această constatare a dat naştere ipotezei după care ar exista o interacţiune între medicament şi expunere, în sensul unei potenţializări a tratamentului prin expunere cu ajutorul imipraminei. Se crede de altfel, în general, că expunerea este necesară pentru a reduce anxietatea anticipativă şi comportamentul de evitare al pacienţilor agorafobi.

Alte medicamente (triciclice, medicamentele IMAO, benzodiazepinele) au fost de asemenea testate pentru eficacitatea lor, aşa cum s-au făcut de altfel cercetări asupra diferitelor probleme în legătură cu efectele secundare, nivelul de abandon şi nivelul de recădere, dependenţa, interacţiunea pozitivă sau negativă cu tratamentul prin expunere. Nu putem aprofunda aici aceste cercetări, dar am vrea să atragem atenţia asupra faptului că ele arată că tratamentul agorafobiei şi al tulburării iraţionale cu benzodiazepine provoacă o diminuare rapidă a anxietăţii şi a panicii, dar este urmat de un nivel de recădere foarte ridicat (până la 100%) şi de un mare pericol de dependenţă.

1.3. Modelul psihofiziologic (comportamental)

În concepţia etiologiei tulburării iraţionale propusă de Klein, accentul se pune pe componentele biologice care provoacă criza de panică sau din care ea provine într-o oarecare măsură; procesele psihice sunt cel mult secundare. Concepţia psihofiziologică, în schimb, subliniază interacţiunea factorilor psihici şi biologici. Criza de panică nu mai este aici considerată ca fiind spontană, fără stimul declanşator intern sau extern, ci ca un produs terminal de interacţiuni complexe între senzaţii corporale primare (de exemplu o creştere a ritmului cardiac), procese afectivo-cognitive şi o reacţie consecutivă a pacientului. Aşa cum ilustrează schema de mai jos, fenomenele de panică îşi pot avea originea în fenomenele biologice sau psihologice care sunt percepute mai mult sau mai puţin clar şi interpretate ca "pericol". Aceasta antrenează dezvoltarea anxietăţii şi panicii, care acţionează, la rândul lor, asupra diferitelor elemente ale acestei desfăşurări şi pot să le intensifice sau să le modifice. Probabilitatea, momentul şi tipul de declanşare a acestor manifestări, cât şi derularea concretă sunt influenţate de o multitudine de variabile: caracteristicile biologice şi istoria însuşirilor de cunoştinţe individuale, tipul şi eficacitatea strategiilor de control, cât şi de particularităţile situaţiei.

Acest model psihofiziologic al dezvoltării crizelor de panică este deja susţinut de o serie de lucrări interesante pe care le vom găsi prezentate la Clark şi al. (1988) şi la Ehlers & Margraf (1988).



Tabelul 16: *Schema dezvoltării unei crize de panică* (după Clark & Salkovskis, 1987).

Pacienţii suferind de tulburare iraţională, de exemplu, obţin valori mai ridicate decât alte grupe clinice sau grupe de control normale în chestionare care măsoară "teama de frică" sau "teama de simptome corporale". În interviuri structurate, aceşti pacienţi spun de asemenea că crizele lor de panică încep de obicei cu senzaţii corporale (de exemplu percepţia bătăilor inimii). Mai mulţi autori au putut astfel să arate rolul important jucat de hiperventilaţie (adică creşterea excesivă a respiraţiei) ca factor facilitant (hiperventilaţie cronică) sau ca factor declanşator (hiperventilaţie intensă). Şi în final rezultatele obţinute în timpul experienţelor în cea ce priveşte declanşarea crizelor de panică (infuzie de lactat de sodiu, inhalare de dioxid de carbon, modificarea expectanţelor) pot de asemenea să fie integrate în cadrul modelului psihofiziologic.

Punctul slab al acestui model rezidă totuşi din faptul că el pare mai apt să explice după criză (într-o manieră retrospectivă) persistenţa tulburării iraţionale decât să prezică prima criză. În această situaţie, rezultatele empirice menţionate nu constituie încă dovezi suficiente pentru acest model, dar ele sunt suficiente pentru a le considera ca alternativă valabilă modelului biologic.

Tratamentul crizelor de panică trebuie, după acest model, să se adreseze într-o manieră directă chiar crizelor de panică. Dacă criza de panică este rezultatul unei interacţiuni complexe între senzaţii corporale, anxietate şi procese cognitive, terapia trebuie să vizeze diminuarea anxietăţii şi să desfacă legăturile sale cu senzaţiile corporale şi procesele cognitive ce însoţesc tulburarea. În vederea obţinerii acestui efect, au fost propuse mai multe programe de tratament: ele combină, într-o manieră adecvată cazului concret, confruntarea cu stimulii interni (senzaţii corporale şi simptome) şi metodele cognitive ce vizează reinterpretarea simptomelor anxioase şi obţinerea de strategii de control al anxietăţii şi al simptomelor sale corporale. În perioada fazei diagnostice a tratamentului, se caută astfel mai întâi factorii declanşatori şi condiţiile ce însoţesc crizele de panică (hiperventilaţie, mod de a se hrăni, cogniţii, situaţii interpersonale). În etapa următoare, informaţiile obţinute sunt folosite în timpul comunicării unui model explicativ individual care se referă la modelul psihofiziologic al tulburării iraţionale menţionate mai sus. Crizele de panică "spontane" (ca de exemplu puternicele reacţii anxioase din situaţiile fobice) sunt descrise ca rezultat al unui "cerc vicios" constituit din senzaţiile corporale (de exemplu jenă la respiraţie, tahicardie, senzaţie de slăbiciune), cogniţiile concomitente (de exemplu "pierd controlul") şi comportamentele (de exemplu hiperventilaţia). Urmează apoi prezentarea metodelor de confruntare şi de control al anxietăţii indicate pentru simptomatologia în cauză care sunt propuse pentru a rupe cercul vicios. Este vorba în principal de o confruntare cu obiectul declanşator al anxietăţii şi de o reinterpretare (reatribuire) (de exemplu în tahicardie) de procedee implicând tehnici respiratorii (în caz de hiperventilaţie), cât şi de diferite strategii de stăpânire de sine care să permită controlul simptomelor anxioase. Un element foarte interesant şi eficace este un exerciţiu de stăpânire de sine în situaţii de stres care invită pacientul să acţioneze în trei etape (vezi

şi Hand, 1989): 1) să accepte, să observe şi să descrie gândurile, sentimentele şi reacţiile corporale; 2) să accepte aceste fenomene fără a dori să suprime eventualele sentimente dezagreabile sau anxietatea; 3) să încerce să facă faţă timp de zece secunde atunci când situaţia devine insuportabilă şi să continue observaţia şi descrierea evenimentelor interne şi externe. În majoritatea cazurilor, aceste exerciţii au drept consecinţă faptul că pacientul face o experienţă neaşteptată: ca urmare a acestui comportament nou în situaţie de panică, angoasa diminuează spontan. Diferitele exerciţii trebuie, evident, să fie făcute cu ajutorul terapeutului şi în cadrul unui plan de tratament.

În ceea ce priveşte tratamentul psihologic al tulburării iraţionale, se poate constata că, în ciuda aplicării sale foarte recente, putem să ne bazăm pe o serie de cercetări care au ajuns la nişte rezultate foarte bune. Unele din aceste cercetări sunt studii de caz sau lucrări fără grup de control pe eşantioane mici, dar avem de asemenea câteva cercetări ce includ grupe de control (pentru o prezentare a acestora vezi Barlow, 1988; Margraf & Ehlers, 1988). Rezultatele acestor cercetări arată ameliorări clare şi durabile, chiar remisiuni complete; pentru marea majoritate a pacienţilor crizele de panică au putut fi eliminate complet sau pentru o lungă perioadă. Este de altfel interesant de aflat că, în patru studii controlate, tratamentul psihologic ţintit al crizelor de panică era superior tratamentului psihologic nespecific, cât şi terapiei farmacologice.

1.4. Recomandări de tratament

Pentru a încheia putem reţine, în legătură cu tratamentul tulburării iraţionale şi al agorafobiei, că terapia lor farmacologică cu antidepresive triciclice, cu IMAO (inhibitori ai monoamin-oxidazei) şi cu benzodiazepine este eficace. Acest efect dispare totuşi repede după oprirea medicaţiei dacă nu există un tratament simultan prin expunere (adică confruntare cu anxietatea). Benzodiazepinele n-ar trebui să fie utilizate decât pentru tratamentul crizei, pentru că ele comportă mari riscuri de dependenţă. Tratamentul psihologic al tulburărilor iraţionale (expunere, antrenament privind controlul anxietăţii, intervenţie cognitivă) s-a dovedit foarte eficace şi, în câteva cercetări

controlate, superior tratamentului farmacologic; dar el trebuie să rămână un tratament specific şi ţintit al anxietăţii. Chiar şi terapeuţii de orientare farmacologică (vezi Zitrin) recomandă să se înceapă printr-un tratament comportamental de cel puţin patru săptămâni înainte de a se trece la o terapie farmacologică cu imipramină.

2. Fobiile specifice (simple)

Dacă, în cazul tulburării iraţionale, anxietatea şi panica survin pe neaşteptate, în fobiile simple ele sunt declanşate de un stimul specific uşor identificabil. Ele apar aici imediat înainte sau în timpul aceestei confruntări; intensitatea lor creşte pe măsură ce situaţia fobică se apropie şi descreşte o dată cu îndepărtarea acesteia. Dacă pacientul este obligat să înfrunte situaţia fobică, se va produce anxietatea de anticipare. Este motivul pentru care el încearcă să evite astfel de situaţii, chiar dacă este conştient de caracterul nemotivat sau exagerat al anxietăţii sale.

Diferitele obiecte şi situaţii specifice ce pot declanşa anxietatea sunt numeroase şi au dat naştere la diverse liste şi clasificări. Categoriile de fobii simple pentru care pacienţii caută un tratament nu sunt totuşi prea numeroase. Anxietăţile cele mai frecvente sunt teama de animale (mai ales de câini, de şerpi şi de insecte), teama de a vedea sânge sau răni (vederea lor este însoţită adesea de leşin) şi teama de injecţii sau de tratamente dentare. Alte fobii simple privesc călătoria cu avionul, folosirea ascensoarelor, spaţiile închise (claustrofobie) şi locurile înalte (acrofobie). Debutul acestor tulburări, care sunt foarte frecvente în general, prezintă mari variaţii în funcţie de vârstă. Fobiile de animale încep totuşi cel mai adesea în copilărie, fobiile sângelui şi rănilor îşi au debutul în timpul tinereţii şi vârstei adulte precoce, în timp ce fobiile specifice spaţiilor închise, locurilor înalte şi călătoriilor cu avionul par să debuteze mai degrabă la începutul vârstei de treizeci de ani.

Şi evoluţia fobiilor specifice este de asemenea variabilă: unele durează puţin timp şi dispar fără terapie, cum se întâmplă cu majoritatea celor care încep în copilărie (de exemplu frica de întuneric, multe fobii privind animalele). Altele durează mai mult şi înclină mai puţin spre remisiune spontană (de exemplu unele fobii în legătură cu animalele, claustrofobiile şi acrofobiile).

Dat fiind faptul că terapia comportamentală este tratamentul de preferat pentru fobiile specifice, prezentarea noastră privind originea, dezvoltarea, persistenţa şi tratamentul acestor tulburări se limitează la acest model.

2.1. Dezvoltarea şi persistenţa

Originea şi persistenţa fobiilor specifice au fost mai întâi explicate plecând de la "modelul celor doi factori", după care reacţiile anxioase se dezvoltă prin condiţionare clasică şi se menţin prin condiţionare operantă. Asta înseamnă că un obiect sau o situaţie neutră iniţial este asociată unei reacţii de angoasă; această asociere persistă ca urmare a unui comportament de evitare (a acestui obiect) care împiedică extinderea acestei asocieri. Deşi această ipoteză a fost susţinută de observaţii clinice şi de studii experimentale, analize mai recente şi mai aprofundate au arătat de asemenea că aceste model nu explică suficient unele observaţii clinice şi că, din această cauză, trebuie completat.

O primă problemă apare atunci când se consideră că după acest model orice obiect (situaţie) poate declanşa anxietăţi fobice. Anxietăţile întâlnite în practica clinică, totuşi, nu se referă la orice obiect, ci numai la un număr relativ restrâns de obiecte şi situaţii. Pentru a explica acest fapt, Seligman (1970, 1971) a propus teoria "pregătirii": după această teorie, organismul reacţionează, în principal, la nivelul situaţiilor care sunt importante pentru supravieţuirea speciei, prin reacţii de anxietate şi de evitare rapide şi stabile. Această ipoteză se găseşte în acord nu numai cu teoria evoluţiei, dar ea este de asemenea susţinută de date experimentale. Ohman şi al. (1978) au găsit astfel că subiecţii lor de experienţă reacţionau într-o manieră semnificativ diferită, în ceea ce priveşte parametrii de învăţare decisivi (rapiditate, rezistenţă la extincţie etc.), la stimuli biologici importanţi.

A doua problemă rezidă în faptul că acest model nu explică bine frica de situaţii pe care pacientul nu le-a întâlnit direct. Experienţa clinică şi cea obţinută în cercetările experimentale arată totuşi că frica de astfel de situaţii poate fi dobândită prin informaţii şi prin învăţare după model; ca urmare a acestor rezultate, aceşti factori sunt adăugaţi modelului. Alte completări vin din teoria învăţării cognitive, cât şi din teoria cognitivă a emoţiilor care studiază mai îndeaproape rolul jucat de factorii cognitivi în învăţare şi importanţa lor pentru anxietate şi emoţii.

2.2. Terapia fobiilor specifice

Terapia fobiilor specifice şi a anxietăţii în general este un subiect care, de la începuturile terapiei comportamentale, a provocat numeroase cercetări. Ea urmează două principii care îşi găsesc aplicare în procedee diferite.

Primul principiu, cel al desensibilizării sistematice, a fost formulat de Wolpe (1958). El recomandă o confruntare progresivă (în imaginaţie sau în realitate) a pacientului cu situaţii puţin anxiogene până în momentul în care se produce o inhibiţie a reacţiei anxioase (prin relaxare, care este antagonistă anxietăţii). Aplicarea sa clinică începe printr-o analiză a comportamentului în urma căreia diferitele situaţii anxiogene sunt ierarhizate după gradul de anxietate manifestat (ierarhie a anxietăţii). Pacientul învaţă atunci o tehnică de relaxare (în general relaxare musculară progresivă după Jacobson). În timpul unei a treia etape, se trece la desensibilizarea propriu-zisă în imaginaţie: pacientul începe prin a-şi reprezenta, în stare de relaxare, eşalonul cel mai coborît al ierarhiei anxietăţii (timp de 10-20 secunde). Acest exerciţiu este repetat până ce el poate să şi-l reprezinte fără să devină anxios. Exerciţiul este repetat din nou, progresiv, cu celelalte situaţii din ierarhia anxietăţii până în momentul în care reacţia anxioasă nu se mai manifestă. Pentru ca diminuarea anxietăţii obţinută astfel să acopere mai bine viaţa cotidiană, pacientul trebuie să facă "teme" şi exerciţii între şedinţe. Aplicarea clinică a acestui principiu poate totuşi să se facă direct în realitatea cotidiană a pacientului. În acest caz, pacientul se apropie mai întâi de situaţiile cele mai puţin încărcate de anxietate şi avansează apoi progresiv în cele mai anxiogene.

Al doilea principiu folosit în tratamentul fobiilor specifice este cel al expunerii şi împiedicării reacţiei. El se bazează pe observaţia că anxietatea diminuează spontan după un oarecare timp dacă persoana o înfruntă fără să încerce să părăsească situaţia anxiogenă sau să lupte împotriva anxietăţii. Din această cauză terapeutul trebuie să împiedice reacţia de sustragere prin încurajarea pacientului.

Aplicarea clinică a acestui principiu începe de asemenea printr-o analiză aprofundată a comportamentului şi o identificare a obiectelor şi a situaţiilor anxiogene. Efortul terapeutic debutează în imaginaţie sau direct în situaţiile anxiogene, în prezenţa terapeutului, într-un grup de pacienţi suferind de aceeaşi tulburare, sau în şedinţă individuală. Înainte de a începe se explică şi se discută bineînţeles procedeul şi i se sigură pacientului ajutorul necesar. Instruirea pentru controlul de sine în situaţii de stres, menţionată deja anterior, face parte, între altele, din acest tratament.

2.3. Recomandări de tratament

Eficienţa diverselor procedee de desensibilizare şi de expunere a făcut obiectul unui mare număr de cercetări. Pentru tratamentul fobiilor specifice, expunerea *in vivo* s-a dovedit eficientă (Emmelkamp, 1986; Barlow, 1988) şi ea este acum recomandată ca tratament de preferat. Farmacoterapia nu adaugă nimic acestei eficienţe (Zitrin şi al., 1983).

3. Fobiile sociale

Cea mai mare parte din noi am cunoscut insecuritatea, tensiunea şi anxietatea într-o situaţie socială sau alta atunci când nu eram siguri de a fi la înălţime. De obicei ne aducem aminte de lucrul acesta după întâmplare, dar aceasta nu ridică probleme deosebite. În cazul fobiilor sociale, dimpotrivă, vedem dezvoltându-se o "frică persistentă, iraţională şi o dorinţă reţinută de a evita situaţii în care subiectul poate fi observat atent de altcineva". La aceasta se adaugă faptul că "pacientului îi este frică şi să nu se poarte într-un mod umilitor sau stânjenitor" (DSM-III-R). Este vorba în cea mai mare parte a timpului de o teamă de a vorbi sau de a se manifesta în public, de a scrie sau de a mânca în prezenţa altor persoane, de teama de a roşi sau de a se comporta într-o manieră mai puţin naturală.

3.1. Modelul biologic

Modelul biologic îşi are originea în experienţa clinică, care arată că pacienţii care se plâng de fobii sociale suferă de

asemenea de tahicardie, de tremurături, de transpiraţie etc. atunci când se află în situaţii ce implică o evaluare socială. Aceasta indică o activitate autonomă crescută, pe care o întâlnim de altfel şi la subiecţii cu experienţe normale atunci când sunt supuşi stresului. Aceste observaţii au dat naştere ipotezei după care fobia socială ar fi consecinţa unei producţii excesive de catecolamine în situaţii de stres sau a unei sensibilităţi crescute la creşterea normală de catecolamine. Această ipoteză a putut fi confirmată parţial, dar nu se dovedea suficientă pentru explicarea fobiei sociale.

Tratamentul fobiilor sociale, după acest model, este bineînţeles de natură biologică şi vizează sedarea excitaţiei autonome prin reglare chimică cu ajutorul mijloacelor farmacologice care s-au arătat eficiente.

Eficienţa acestor indicaţii a fost testată în timpul mai multor experienţe, doar cele mai recente având drept obiectiv fobiile sociale ale pacienţilor.

Inhibitorii monoamin-oxidazei (IMAO)

Liebowitz, după ce a constatat că fenelzina diminuează mai bine susceptibilitatea interpersonală decât imipramina la deprimaţii atipici, a făcut un experiment clinic cu fenelzină la pacienţi suferind de fobii sociale (Liebowitz şi al., 1986). Pacienţii au fost mai întâi trataţi cu placebo timp de o săptămână. Cei care n-au răspuns la tratament au primit ulterior un tratament de opt săptămâni cu fenelzină. Din 11 pacienţi trataţi astfel, 7 au prezentat o ameliorare clară, 4 o ameliorare moderată.

Aceste rezultate încurajatoare l-au condus pe Liebowitz la repetarea experimentului într-o cercetare clinică în dublu orb (Liebowitz şi al., 1988). În acest experiment clinic asupra tratamentului farmacologic al fobiilor sociale, care este probabil cel mai bine controlat până în prezent, era vorba de 59 de pacienţi cu diagnosticul de "fobie socială" după DSM-III-R şi care au fost descrişi mai exact datorită mai multor scări. Aceşti pacienţi au primit mai întâi un tratament placebo timp de o săptămână, după care cei care n-au răspuns la acesta au fost supuşi, la întâmplare, unui tratament dublu orb cu fenelzină (IMAO), atenolol (beta-blocante) sau placebo. Pentru a testa durata efectelor şi a vedea dacă pacienţii uşor ameliorați ar face alte progrese, pacienţii care au prezentat o ameliorare uşoară au primit acelaşi tratament timp de alte opt săptămâni.

Rezultat: din 59 pacienţi prevăzuţi pentru prima fază de tratament de opt săptămâni, şase au răspuns tratamentului iniţial cu placebo, alţi şase au abandonat tratamentul. Cei 47 pacienţi rămaşi au fost

distribuiţi la întâmplare celor trei tratamente ce trebuiau comparate. 6 pacienţi au abandonat tratamentul în primele trei săptămâni (3 trataţi cu fenelzină, 2 cu atenolol şi 1 cu placebo), astfel că 41 pacienţi au urmat primul tratament de opt săptămâni. Nivelurile de răspuns la tratamente erau următoarele: 64% 89 din 14) pentru fenelzină, 36% (4 din 11) pentru atenolol şi 31% (5 din 16) pentru placebo. Variaţiile dintre aceste proporţii nu sunt din punct de vedere statistic semnificative, dar analiza rezultatelor obţinute pe categorii dădea o diferenţă deloc neglijabilă între fenelzină şi placebo pentru sub-categoriile "gravitate" şi "schimbări" ale scării "Clinical Global Impression Scales" cât şi pentru sub-categoriile "nivel de gravitate" ale scării "Panic and Social Phobic Disorders Scale". Analiza acestor subcategorii evidenţia o superioritate semnificativă a fenalzinei privind ameliorarea vieţii sociale şi profesionale şi a anxietăţii de anticipare în domeniul competiţiei sau performanţei sociale.

Beta-blocantele

Experimentele clinice, adică cercetările făcute pe pacienţi care suferă de o fobie socială (diagnosticată după DSM-III-R) nu sunt foarte numeroase pentru beta-blocante, după cunoştinţele noastre nu sunt până în prezent decât trei.

În prima din aceste cercetări, Falloon şi al. (1981) au tratat 12 pacienţi printr-un antrenament al abilităţilor (competenţelor) sociale, 6 pacienţi primind în plus propanolol, ceilalţi 6 un tratament placebo. La sfârşitul terapiei şi în perioada următoare, toţi pacienţii erau ameliorati, propanololul şi placebo nerealizând nici o diferenţă, ceea ce ne-ar putea face să credem că beta-blocantele sunt ineficiente pentru acesti pacienţi. Nu putem trage totuşi această concluzie, datorită eşantionului mic şi faptului că nu exista o evaluare în orb a antrenamentului abilităţilor sociale.

Rezultate mai bune au fost obţinute de Gorman şi al. (1985) care au tratat 10 pacienţi cu diagnosticul "fobie socială" (după DSM-III-R) printr-un tratament cu atenolol timp de şase săptămâni. 5 din 10 pacienţi au prezentat o ameliorare aproape totală la sfârşitul tratamentului, alţi 4 prezentând o ameliorare modică.

Aceste rezultate n-au putut fi totuşi confirmate într-o cercetare ulterioară, care este până în prezent cea mai bine controlată, adică studiul deja menţionat al lui Liebowitz şi al. (1988). Din 59 de pacienţi care au fost trataţi timp de opt săptămâni cu atenolol, fenelzină şi placebo, 36% (4 din 11) doar au reacţionat la tratamentul cu atenolol. Acest procent nu este semnificativ superior celui al pacienţilor trataţi cu placebo (31%, 5 din 16 pacienţi). Diferenţe semnificative între cele două grupuri n-au putut fi găsite pentru nici una din subcategorii. Această diferenţă între diferitele cercetări este surprinzătoare şi trebuie să fie clarificată prin cercetări ulterioare.

Antidepresivele triciclice şi benzodiazepinele

Dintre antidepresivele triciclice clomipramina şi imipramina au fost cele mai folosite în cercetările clinice; rezultatele nu sunt totuşi clare. Experimentele cu benzodiazepine (mai ales diazepina şi alprazolamul) pe studenţi suferind de stres în timpul examenelor au demonstrat efecte tranchilizante; rezultatele nu au totuşi claritate atunci când este vorba de pacienţi. Alprazolamul administrat pacienţilor producea o puternică ameliorare, dar aceasta dispărea o dată cu intreruperea tratamentului (Lydiard şi al., 1988; Reich & Yates, 1988).

3.2. Modelul terapiei cognitivo-comportamentale

După acest model, fobiile sociale se dezvoltă pe un teren cu predispoziţie biologică şi psihologică la reacţii anxioase. Modelul lui Heimberg & Barlow (1988), pe care îl urmăm aici[4], studiază totuşi mai puţin condiţiile lor de dezvoltare biologică şi istorică, cât comportamentul subiectului în situaţii sociale. Din această perspectivă, persoana suferind de fobii sociale ar reacţiona la solicitarea socială prin sentimente şi gânduri negative, care i-ar orienta atenţia mai degrabă asupra propriei sale persoane decât spre obligaţia creată de situaţia socială. Pacientul se întreabă dacă va fi capabil să stăpânească situaţia, dacă va fi anxios şi dacă ceilalţi îşi vor da seama de aceasta, care vor fi consecinţele comportamentului său etc., în loc să-şi îndrepte atenţia asupra rezolvării sarcinii (de exemplu să asculte, să evalueze ceea ce aude, să formuleze un răspuns). Aceasta duce la creşterea anxietăţii şi la activarea sistemului autonom, situaţie care este din nou percepută de pacient, care amplifică tensiunea şi împiedică găsirea unei soluţii optime sarcinii respective. Dacă ulterior va întâlni situaţii similare, el va reacţiona asemănător şi va avea tendinţa de a le evita sau de a le suporta cu o nelinişte mai mult sau mai puţin importantă.

Tratamentul fobiilor sociale se bazează, în funcţie de această abordare, pe expunere (confruntare) şi pe restructurare cognitivă. El vizează nu numai diminuarea anxietăţii, ci şi punerea

[4] Cititorul francofon interesat de problema şi de tratamentul timidităţii va citi de asemenea lucrarea excelentă a lui Zimbardo (1977).

în ordine a competenţelor sociale şi modificarea gândurilor şi atitudinilor care sunt la baza atitudinii anxioase. În acest scop, se utilizează şi se combină mai multe procedee care sunt folosite în timpul şedinţelor individuale sau de grup. Heimberg a dezvoltat astfel un program de tratament care este aplicat unor grupuri de 5 până la 6 pacienţi de către un terapeut (bărbat) şi un coterapeut (femeie) pe parcursul a douăsprezece şedinţe săptămânale de două ore. Acest program este alcătuit din următoarele componente:

- explicaţii privind dezvoltarea tratamentului fobiilor sociale;
- exerciţii structurate vizând punerea în ordine a competenţelor permiţând identificarea şi analiza critică a cogniţiilor ce alcătuiesc problema;
- confruntare (în grup şi în situaţii simulate) cu stimuli declanşatori de anxietate;
- însuşirea de procedee de restructurare cognitivă permiţând controlul cogniţiilor înainte şi după expunere;
- însuşirea de procedee de autoanaliză raţională, capabile să înlocuiască autoevaluările negative;
- exerciţii de executat acasă în vederea consolidării prin expunere la realitatea cotidiană a ceea ce s-a învăţat în timpul exerciţiilor de simulare;
- însuşirea unui procedeu de rutină autogerat în materie de restructurare cognitivă.

Eficienţa terapiei cognitivo-comportamentale pentru tratamentul fobiilor sociale a făcut obiectul mai multor studii (vezi Barlow, 1988) care au dat rezultate pozitive. Cele mai bune lucrări (au folosit procedee diagnostice noi şi grupuri de control adecvate, motiv pentru care rezultatele lor sunt mai clare) sunt cele ale lui Butler şi al. (1984) şi ale lui Heimberg şi al. (1988). Le putem rezuma astfel:

> Butler şi al. (1984) au făcut o cercetare în care 45 de pacienţi suferind de fobii sociale pure (adică neasociate altor tulburări) au fost împărţiţi în trei grupe. Pacienţii din primul grup au făcut exerciţii bazate pe expunere. Cel de-al doilea grup a fost tratat prin exerciţii de expunere "îmbogăţite" printr-un antrenament privind controlul anxietăţii, care conţine strategii cognitive şi antrenamentul pentru relaxare. Pacienţii celui de-al treilea grup au constituit grupul de control şi au fost puşi pe o listă de aşteptare. La sfârşitul tratamentului grupurile de pacienţi trataţi aveau rezultate mai bune decât grupul de control. Şase luni mai târziu, totuşi, grupul tratat prin terapia de expunere "îmbogăţită" avea rezultate mai bune decât grupul tratat doar prin terapia de expunere.
>
> A doua cercetare bine controlată este cea a lui Heimberg şi al. (1988). În acest studiu, 20 din 39 de pacienţi au fost trataţi printr-o terapie cognitivo-comportamentală, 19 au primit o terapie de grup educativă şi de susţinere. Acest ultim program, care avea aceeaşi durată ca şi tratamentul primului grup, conţinea aceleaşi componente terapeutice, cu excepţia componentelor comportamentale şi cognitive. Rezultatul constatat de autori arăta că la sfârşitul tratamentului cele două grupuri au fost ameliorate şi că această ameliorare se menţinea încă şase luni mai târziu. Totuşi pacienţii trataţi prin terapie cognitivo-comportamentală prezentau la sfârşitul tratamentului o ameliorare semnificativ mai mare în mai multe aspecte şi de asemenea un mai mare procent de pacienţi ameliorati. După şase luni, 80% din aceşti pacienţi au fost ameliorati în situaţia în care acest lucru nu era valabil pentru cei 50% din pacienţii trataţi prin terapia de grup educativă şi de susţinere.

3.3. Recomandări de tratament

Pentru a încheia această trecere în revistă privind tratamentul fobiilor sociale, putem spune că, dintre tratamentele farmacologice, antidepresivele triciclice şi mai ales IMAO (fenelzinele) s-au dovedit eficiente. Pentru obţinerea acestui efect se recomandă, totuşi, ca în timpul tratamentului medicamentos pacientul să se expună situaţiilor care îl stresează. Beta-blocantele (atenololul) par eficiente în anxietate şi în trac. Administrarea lor ar trebui însoţită şi de o confruntare activă cu situaţii stresante. Alprazolamul provoacă o puternică ameliorare la pacienţi dar aceasta dispare totuşi o dată cu întreruperea tratamentului.

Dintre tratamentele psihoterapeutice terapiile cognitivo-comportamentale au furnizat cele mai bune rezultate. Procedeele de expunere par a fi aici o componentă fundamentală care ar trebui totuşi completată prin procedee cognitive şi prin câştigarea de competenţe în materie de control al anxietăţii.

4. Anxietatea generalizată

În afară de angoasa iraţională, de anxietatea de expectanţă şi de angoasa fobică, DSM-III-R distinge o a patra formă de anxietate patologică şi o tulburare care îi corespunde: anxietatea generalizată. Este vorba de o anxietate resimţită de pacient aproape permanent, fără să existe totuşi stimuli declanşatori cunoscuţi, cum este în cazul anxietătii fobice.

Anxietatea generalizată se defineşte astfel:

> "Caracteristica esenţială a acestei tulburări este reprezentată de o teamă sau nişte griji nejustificate sau excesive (aşteptare temătoare) privind două sau mai multe situaţii sau evenimente, de exemplu grijă în legătură cu un necaz ce s-ar putea întâmpla unuia din copiii săi (atunci când acesta nu este în pericol) sau grijă privind situaţia sa financiară (fără motiv valabil), timp de şase luni sau mai mult, cu prezenţa acstor griji peste o zi din două. La adolescenţi şi copii, tulburarea se poate manifesta printr-o anxietate şi griji privind performanţele şcolare, sportive şi sociale. Atunci când persoana este anxioasă, există numeroase semne ce dovedesc o tensiune motrice, o hiperactivitate neurovegetativă şi o explorare hipervigilentă a mediului înconjurător" (DSM-III-R, ©1987, American Psychiatric Association şi ©1989, Masson [pentru traducerea franceză], p. 283).

Simptomele anxietăţii generalizate - peste patruzeci descrise în literatura de specialitate - au fost reduse la optsprezece în DSM-III-R şi clasate în trei grupe:

1. Tensiune motrice
(1) Tremurături, tresăriri sau impresia de zdruncinături
(2) Tensiune, dureri sau impresia de durere musculară
(3) Febrilitate
(4) Fatigabilitate

2. Hiperactivitate neurovegetativă
(5) "Respiraţie întreruptă" sau senzaţii de sufocare
(6) Palpitaţii sau accelerarea ritmului cardiac (tahicardie)

(7) Transpiraţie sau mâini reci şi umede
(8) Uscarea gurii
(9) Ameţeli sau lipotimii
(10) Greţuri, diaree sau alte probleme abdominale
(11) Bufeuri de căldură sau frisoane
(12) Dificultăţi de deglutiţie sau "nod în gât"

3. Explorare hipervigilentă a mediului înconjurător
(14) Senzaţia de a fi supraîncărcat sau de a fi la capătul puterilor
(15) Reacţie de tresărire exagerată
(16) Dificultăţi de concentrare sau goluri de memorie în raport cu anxietatea
(17) Dificultăţi de adormire sau somn întrerupt
(18) Iritabilitate

Diagnosticul anxietăţii generalizate cere ca, pe lângă satisfacerea unor alte criterii, pacientul să prezinte cel puţin şase din cele optsprezece simptome, ca anxietatea să se fi manifestat timp de cel puţin o lună, mai mult sau mai puţin permanent, şi să nu fie consecinţa unei alte tulburări psihice.

Tratamentele propuse în prezent pentru terapia anxietăţii generalizate sunt psihoterapia psihanalitică, farmacoterapia şi diferite procedee de orientare comportamentală. Datorită faptului că abordarea psihanalitică a fost deja prezentată anterior şi n-a generat pînă în prezent cercetări de evaluare controlate, ne limităm la modelul biologic şi la modelul psihofiziologic.

4.1. Abordarea biologică

Pentru psihiatrii de orientare biologică (de exemplu Sheehan & Sheehan, 1982), anxietatea generalizată este consecinţa unei tulburări metabolice în sistemul nervos central (SNC). Această ipoteză n-a putut fi încă susţinută nici de marcatori biologici specifici, nici de prezenţa unor indici genetici, dar este o ipoteză de lucru interesantă.

Din această perspectivă, tratamentul vizează în principal reglarea proceselor ce stau la baza anxietăţii. Acest rezultat a fost obţinut pentru faza de criză a tulburării cu benzodiazepine (vezi

Barlow, 1988) şi pentru tratamentul prelungit cu antidepresive triciclice (Kahn şi al., 1986). Benzodiazepinele par cu atât mai eficiente cu cât este vorba de o stare de depresie mai uşoară şi de mai puţine conflicte interpersonale. Datorită faptului că administrarea lor prelungită este însoţită de tulburări cognitive şi poate duce la dependenţă şi la probleme de privare (vezi Tyrer & Owen, 1984), n-ar trebui să fie prescrise decât pentru o perioadă de timp limitată, pentru tratamentul de criză. Mai recent s-a descoperit un anxiolitic care nu aparţine familiei benzodiazepinelor, buspironul, care nu prezintă inconvenientele acestora, este bine tolerat şi la fel de eficient în tulburările de anxietate generalizată (Rickels şi al., 1982). Aceste medicamente (şi altele care nu sunt menţionate aici) au toate avantajele şi dezavantajele lor şi n-ar trebui prescrise decât de către un terapeut experimentat în tratamentul farmacologic al tulburărilor anxioase. N-ar trebui de asemenea să uităm că factorii psihologici pot juca un rol important în tulburarea de anxietate generalizată. Psihoterapia poate fi deci utilă şi ea este în mod efectiv, aşa cum o demonstrează lucrările următoare.

4.2. Abordarea psihofiziologică (comportamentală)

După abordarea psihofiziologică, care a fost deja menţionată în legătură cu tulburarea iraţională, tulburarea de anxietate generalizată este provocată de evenimente negative. Acestea produc reacţii neurobiologice legate de stres la un individ vulnerabil din punct de vedere biologic şi psihic. Percepţia şi interpretarea inadecvată a acestor reacţii neurobiologice antrenează anxietate, care, la rândul său, intensifică reacţiile şi în acelaşi timp anxietatea. Barlow (1988) descrie acest proces astfel:

> "Reacţiile la aceste evenimente sunt însoţite de un afect negativ care constă într-o excitaţie fiziologică asociată unor reacţii neurobiologice în raport cu stresul şi un sentiment că evenimentele se desfăşoară într-un mod imprevizibil şi incontrolabil. Acest sentiment este asociat, la rândul său, unei deplasări a centrului atenţiei de la sarcina prezentă către auto-evaluări, ajungând la o nouă creştere a excitaţiei. De aici rezultă o vigilenţă crescută, însoţită de o focalizare a atenţiei spre centrul

> necazurilor sau neliniştilor şi o incapacitate de a face faţă sursei producătoare de griji. Acest proces cognitiv provocat de excitaţie continuă să urce în spirală într-o buclă negativă de retroacţiune până ce te îngrijorezi intens şi excesiv în legătură cu centrul grijilor şi incapacitatea de a le face faţă. La niveluri extreme scăderea atenţiei este de aşa natură că devine dificil sau imposibil să te concentrezi asupra altor sarcini. Acţiunea este atunci întreruptă".

Tratamentul care decurge din această concepţie privind geneza tulburării poate interveni în diferite momente. El vizează procese somatice cum ar fi procesele cognitive, stimulii anxiogeni interni bucurându-se de o atenţie deosebită.

Dintre mijloacele psihologice care permit combaterea anxietăţii, exerciţiile de relaxare şi meditaţia au fost recomandate cu mult timp în urmă. Deşi meditaţia şi antrenamentul de relaxare (cu sau fără biofeedback, adică aparate care să redea audibil sau vizibil fenomene corporale) pot conduce la o oarecare alinare, ele n-au făcut, până în prezent, dovada eficienţei lor, dacă sunt aplicate singure în tratamentul unei tulburări anxioase. Raskin şi al. (1980) remarcă de asemenea că aceste exerciţii de relaxare sunt insuficiente pentru tratamentul anxietăţii cronice, dacă nu se aplică în acelaşi timp alte procedee.

Cercetări mai recente privind procedele combinate au dat rezultate mai bune.

> Barlow şi al. (1984) au prezentat una din primele cercetări bine controlate şi s-a putut stabili eficienţa unui "pachet" de tratamente combinând procedeele cognitive şi procedeele de relaxare. Ei au comparat efectele unei terapii cognitivo-comportamentală de optsprezece şedinţe cu schimbările observate la pacienţii din grupul de control (lista de aşteptare). "Pachetul" de tratament din intervenţia cognitivo-comportamentală conţinea următoarele componente: antrenament de relaxare, biofeedback EMG (adică activitate musculară), antrenament de imunizare la stres şi procedee cognitive. Efectele tratamentului au fost evaluate prin mai multe măsurători: evaluare clinică, diferite instrumente de autoevaluare, autoevaluare zilnică a anxietăţii, chestionare de anxietate şi măsurători psihofiziologice. Rezultatele experienţei

au fost mai bune pentru grupurile tratate, atât în ceea ce priveşte evaluarea clinică, cât şi celelalte măsurători, în timp ce grupa de control (lista de aşteptare) nu prezenta ameliorări. În perioada de supraveghere de şase luni, s-a observat că grupul tratat nu păstra numai rezultatul obţinut, ci prezenta şi ameliorări suplimentare. Într-un studiu ulterior mai important, Barlow a comparat efectele a trei procedee diferite cu schimbările observate la pacienţii de pe lista de aşteptare (grupul de control). Un prim grup a fost tratat prin procedee cognitive, al doilea prin procedee de relaxare şi al treilea printr-o combinaţie a acestor două procedee. Această combinaţie însemna antrenamentul pentru relaxare şi procedeele cognitive care au fost aplicate ca strategii de stăpânire de sine (control). Pacienţii au învăţat astfel să controleze într-o manieră directă anxietatea şi situaţiile anxioase care au fost diagnosticate şi ordonate ierarhic mai înainte. Interpretarea rezultatelor nu s-a terminat încă, dar ea ne permite să spunem că cele trei procedee au fost utile, "dar că procedeele cognitive de stăpânire de sine (control) par a fi în mod deosebit eficiente la acest grup de pacienţi pentru că produceau cel mai mare procent de schimbări în măsurătorile cele mai importante" (Barlow, 1988). Borkovec şi al. (1987), care au comparat efectele obţinute în tratamentul anxietăţii generalizate în douăsprezece şedinţe prin antrenamentul de relaxare combinat cu o terapie cognitivă sau o terapie nondirectivă, au putut confirma aceste rezultate bune obţinute prin procedeele cognitive: cele două tipuri de tratament erau din punct de vedere clinic eficiente, procedeul cognitiv dovedindu-se totuşi superior (procedeului nondirectiv) în toate măsurătorile privind efectul, cu excepţia uneia singure. Vom mai menţiona încă o cercetare a lui Butler şi al. (1987), pentru că ea a produs, de asemenea, rezultate pozitive interesante. Ea prezintă un manual pentru pacient care a fost adaptat şi experimentat de către Hand (1989) în serviciul de consultaţie psihiatrică de la Universitatea din Hamburg.

4.3. Recomandări privind tratamentul

În ceea ce priveşte tratamentul anxietăţii generalizate vom reţine pe scurt că în planul farmacoterapeutic, antidepresivele triciclice, buspironul şi benzodiazepinele s-au dovedit eficiente. La

aceasta trebuie să adăugăm că, pentru motivele prezentate mai sus, benzodiazepinele n-ar trebui recomandate decât pentru tratamentul de criză.

Dintre metodele psihoterapeutice, cel mai bine s-a stabilit eficienţa procedeelor cognitivo-comportamentale, ceea ce face ca acestea să constituie tratamentul preferat.

5. Tulburările obsesionale-compulsive

La fel ca şi fenomenele anxioase, fenomenele de ordin obsesional-compulsiv se observă cu uşurinţă în viaţa de toate zilele. Înaintea unui eveniment important, cine n-a numărat deja elementele unui motiv de tapiserie şi n-a răsuflat uşurat atunci când numărul era par? Cine n-a trăit experienţa unor melodii, rime, imagini sau gânduri ce se repetau mereu? Cine nu cunoaşte rude sau colaboratori care sunt de încredere, conştiincioşi, curaţi şi ordonaţi, sinceri şi grijulii să fie eficienţi? Toată lumea îi apreciază şi-i stimează, chiar dacă regretăm uneori o oarecare lipsă de căldură, de spontaneitate, de fantezie sau de umor sau dacă deplângem o oarecare tendinţă de a controla, de a avea dreptate, o oarecare rigiditate şi o lipsă de generozitate. Aceste trăsături au avantajele şi dezavantajele lor, ca toate celelalte.

Aceste trăsături de caracter vă fac mai rezervat atunci când cel care le posedă (şi când acesta este eventual o rudă) suferă din cauza lor, atunci când acestea stânjenesc viaţa sa personală, profesională sau socială. Vorbim atunci de tulburări obsesionale-compulsive.

DSM-III-R defineşte această tulburare astfel:

> "Caracteristicile esenţiale ale acestei tulburări sunt obsesiile sau compulsiile recurente, suficient de grave pentru a fi la originea unui sentiment important de deznădejde sau a unei pierderi de timp considerabilă, sau pentru a interfera în mod semnificativ cu activităţile cotidiene ale subiectului, cu comportamentul său profesional sau cu activităţile şi relaţiile sale sociale obişnuite". (DSM-III-R, ©1987, American Psychiatric Association şi ©1989, Masson [pentru traducerea franceză].)

Obsesiile sunt definite aici ca fiind "idei, gânduri, impulsuri sau reprezentări persistente, care, cel puţin la început, sunt

resimţite ca nişte intruşi în conştiinţa subiectului şi sunt percepute ca absurde...". La aceasta se adaugă faptul că "subiectul face eforturi pentru a-şi ignora sau suprima gândurile sau impulsurile sau pentru a le neutraliza prin alte gânduri sau acţiuni". Persoana recunoaşte de altfel "că obsesiile sunt produsul propriilor sale gânduri şi că acestea nu sunt impuse din exterior...". Îndoieli şi o măcinare constantă, idei de contaminare, gânduri de a recurge la acţiuni violente (de exemplu să rănească sau să omoare propriul copil) sunt exemplele cele mai frecvente.

Compulsiile sunt "comportamente repetitive, dirijate spre un scop şi intenţionale, derulându-se, după unele reguli sau în mod stereotip, ca răspuns la o obsesie... Atunci când subiectul încearcă să reziste la o compulsie, el se simte invadat de o tensiune crescândă pe care poate s-o reducă imediat cedând compulsiei". Actele compulsive cele mai frecvente sunt: să socotească, să verifice, nevoia de a atinge şi de a-şi spăla mâinile.

Este dificil de determinat frecvenţa acestei tulburări deoarece pacienţilor le este adesea ruşine de simptomele lor şi din această cauză încearcă să le ascundă. Este de asemenea unul din motivele pentru care tulburările obsesionale-compulsive au fost considerate mult timp ca fiind puţin frecvente. O cercetare mai recentă (Myers şi al., 1984) estimează însă că între 1 şi 2% din populaţie suferă de aceste tulburări, ceea ce înseamnă că este a patra sau a cincea tulburare psihiatrică mai frecventă.

Tulburările obsesionale-compulsive pot fi însoţite de asemenea de anxietate şi de depresie şi să apară la debutul psihozelor sau al altor tulburări psihiatrice; acest fapt n-ar trebui pierdut din vedere.

Tratamentele clasice propuse sunt terapiile psihanalitice, tratamentul farmacologic şi terapiile comportamentale.

5.1. Concepţia psihanalitică

Pentru Freud şi succesorii său, nevrozele obsesionale îşi au originea într-o refulare şi o elaborare nereuşită a impulsurilor sadice şi ostile inconştiente ale pacientului. Aceste pulsiuni inconştiente sunt trăite ca fiind ameninţătoare şi provoacă anxietate. Pacientul încearcă să controleze această anxietate prin

măsuri defensive tipice la pacienţii obsesionali, izolarea, deplasarea, anularea şi formaţiunea reacţională.

Teoria terapeutică a psihanalizei clasice propune în consecinţă să conştientizeze conflictele inconştiente şi să le reanalizeze.

Deşi Freud şi cea mai mare parte a succesorilor său au considerat tulburările obsesionale ca o indicaţie clasică de psihanaliză şi aceasta este şi acum recomandată călduros ca "tratament de fond", nu există încă, după părerea noastră, o dovadă valabilă privind eficienţa sa în afara câtorva studii de caz. Psihanalistul Malan (1979) spune chiar că nu se cunoaşte nici un caz de spălare obsesională a mâinilor vindecat prin psihanaliză şi recomandă ca terapie de preferat terapia comportamentală. Simptoamele acestor pacienţi te fac adesea să te gândeşti la simboluri inconştiente şi la mecanisme psihanalitice, dar terapia psihanalitică clasică (care este slab structurată şi nondirectivă) nu are efect decât foarte rar asupra acestor simptoame. Aceste fapte au incitat mai mulţi clinicieni psihanalişti să înlocuiască procedeul clasic printr-o formă de intervenţie mai activă, mai structurată şi mai ţintită. Astfel înţeleasă, metoda psihanalitică nu mai este tratamentul de fond, ci o completare utilă a tratamentului farmacologic sau comportamental. În tratamentul tulburărilor de personalitate obsesionale, mai ales, ea poate contribui într-o manieră importantă, dacă ţine cont de cunoştinţele noi în legătură cu aceste probleme, astfel încât pacientul să înţeleagă mai bine şi să colaboreze.

5.2. Modelul biologic al tulburărilor obsesionale

Deşi cercetările psihofiziologice au furnizat unele rezultate interesante (studii longitudinale, care au găsit diferenţe la nivelul reacţiilor fiziologice în diferite forme obsesionale, vezi Rachman & Hodgson, 1980), cercetările biochimice sunt cele care, până în prezent, au dat rezultatele cele mai semnificative. Cercetările asupra aspectului afectiv al tulburării au obţinut, de asemenea, rezultate care ne lasă să presupunem existenţa unor baze biochimice asemănătoare pentru tulburările obsesionale şi depresii. Această asemănare pare să se regăsească în aceeaşi

măsură în cercetările privind somnul, ceea ce este interesant dacă ne gândim la eficienţa stabilită deja a antidepresivelor în tulburările obsesionale. Cercetările cele mai interesante privind biochimia tulburărilor obsesionale sunt totuşi cercetările psihofarmacologice.

Aceste cercetări psihofarmacologice au condus la două ipoteze interesante privind patternul de excitabilitate crescută şi sinteza serotoninei.

Deoarece se admite că tulburările obsesionale presupun o excitabilitate crescută şi pentru că le considerăm ca fiind tulburări anxioase, s-a presupus mai întâi că această excitabilitate crescută se explica prin anxietate. Cercetările farmacologice privind tratarea tulburărilor obsesionale cu anxiolitice au arătat totuşi că acestea sunt practic ineficiente. Aceasta sugerează că excitabilitatea crescută nu se limitează doar la anxietate.

Ipoteza privind legătura dintre un dezechilibru în sinteza serotoninei şi tulburările obsesionale vine din cercetarea asupra antidepresivelor care, până în prezent, a reprezentat contribuţia cea mai importantă la farmacoterapia tulburărilor obsesionale. Douăzeci de cercetări bine controlate prin dublu orb (între 1980 şi 1989) au arătat că toate comparaţiile făcute în tratamentul simptomelor obsesionale cu clomipramină şi cu placebo au dat avantaj clomipraminei. Tulburările obsesionale au răspuns deci unui medicament care este eficient şi în tulburări a căror origine se presupune că ar fi într-un dezechilibru al sintezei de serotonină. Se poate deci concluziona că este vorba de un dezechilibru de aceeaşi natură în tulburările obsesionale.

Teoria terapeutică psihofarmacologică şi cercetarea clinică recomandă în prezent tratamentul cu clomipramină drept medicaţia cea mai eficientă şi cea mai bine testată pentru tulburările obsesionale. Fluvoxamina s-a arătat de asemenea eficientă - poate cercetările viitoare o vor găsi la fel de eficientă ca şi clomipramina - şi ea are avantajul de a provoca efecte secundare mai mici.

O farmacoterapie eficientă nu ameliorează totuşi toate simptomele, mulţi pacienţi rămân simptomatici cronici, ceea ce nu îi împiedică oricum să considere această ameliorare parţială ca fiind semnificativă. Trebuie să spunem de asemenea că recăderile, la câteva săptămâni după întreruperea tratamentului farmacologic, sunt frecvente. Din aceste motive unii clinicieni de orientare

biologică recomandă adesea să se combine terapia farmacologică cu terapia comportamentală, dacă pacientul este de acord.

5.3. Tulburările obsesionale din perspectiva comportamentală

Din perspectiva comportamentală actuală, se încearcă să se explice dezvoltarea şi persistenţa tulburărilor obsesionalepornind de la două teorii. Concepţia cea mai răspândită încă probabil pleacă de la teoria celor doi factori propusă de Mowrer (1939) pentru a explica dezvoltarea şi persistenţa anxietăţii şi a comportamentului de evitare.

După această teorie, un eveniment neutru (stimul) devine un stimul neplăcut (adică un eveniment dezagreabil, prim factor) prin asocierea sa cu o reacţie anxioasă. Ca urmare persoana învaţă să evite acest eveniment neplăcut condiţionat să diminueze sau să evite anxietatea. Acest comportament de evitare va fi întărit (negativ) de neapariţia evenimentului neplăcut aşteptat (al doilea factor). Tulburările obsesionale devin astfel un comportament de evitare instrumental (Dollard & Miller, 1950; Metzner, 1963), care se poate dezvolta şi consolida prin generalizare (adică prin generalizare şi prin extindere la alte evenimente).

Această teorie etiologică este demonstrată prin experienţe cu animale care au arătat că animalele dezvoltau comportamente de evitare şi ritualuri în prima fază (confruntare cu un stimul neplăcut). Aceste comportamente au fost conservate mai mult timp în repertoriul comportamental sub formă de comportamente de evitare şi ritualuri stereotipice, şi aceasta în ciuda faptului că au existat posibilităţi de dispariţie (adică chiar în absenţa consecinţelor negative).

Transpunerea acestei teorii a celor doi factori la tulburările obsesionale la om ridică totuşi mai multe probleme în urma cărora au fost propuse unele modificări. Mai întâi condiţionarea acestor tulburări nu se face, aşa cum au remarcat deja Rachman şi Eysenck, în legătură cu fobiile, în orice situaţie, ci în funcţie de semnificaţia lor biologică şi evolutivă. Este ceea ce indică conceptul de pregătire (*preparedness*) al lui Seligman (1970). Mai mult, în multe din tulburările obsesionale, ca şi în multe din agorafobii, nu mai este posibil să regăseşti evenimentul neplăcut originar din

prima fază. În al doilea rând, această teorie nu ţine suficient cont de componentele cognitive ale tulburărilor obsesionale.

Teoria cognitivă a dezvoltării tulburărilor obsesionale încearcă să compenseze acest dezechilibru. Ea pleacă de la observaţia clinică ce arată că pacienţii obsesionali trăiesc într-o lume a insecurităţii şi a îndoielii şi că ei au o expectanţă anormal de ridicată în legătură cu evenimentele negative (Carr, 1974), că ei trăiesc deci cu sisteme cognitive inadecvate (disfuncţionale). McFall & Wollersheim (1979) au studiat unele din aceste convingeri inadecvate şi cred că ele conduc la o percepţie eronată de ameninţări care, la rândul ei, produce anxietatea.

Deşi diferitele ipoteze de lucru ale teoriei cognitive a tulburărilor obsesionale filtrează mai îndeaproape unele componente importante ale tulburărilor obsesionale, ele nu răspund la întrebarea importantă privind originea insecurităţii şi expectanţa ridicată privind evenimentele negative. Ele au în plus nevoie de o mai bună confirmare.

5.3.1. Tratamentul comportamental

Pentru terapia comportamentală, anxietatea/excitaţia şi evitarea lor joacă un rol central în dezvoltarea şi persistenţa tulburărilor obsesionale. Drept urmare, tratamentul vizează direct cele două componente principale. Totuşi, înainte de a aplica diversele procedee, este neapărat necesar să procedăm la o analiză aprofundată a comportamentului pentru a depista condiţiile concrete şi interacţiunile dintre ele. Nu este deci vorba doar de o simplă enumerare a simptomelor, pe care le-am putea face să dispară printr-o tehnică corespunzătoare eficientă, ci de o analiză a condiţiilor şi funcţiilor acestei tulburări individuale concrete. Modelul de schimbare care rezultă din acest model etiologic individual şi concret şi din preferinţele pacientului în materie de tehnici de tratament este apoi comunicat pacientului şi discutat cu acesta.

Această comunicare şi discuţie a modelului concret, privind etiologia şi schimbarea, constituie o parte importantă a tratamentului. La aceasta se adaugă procedeele de stingere şi de împiedicare a reacţiei care se aplică direct şi în acelaşi timp componentelor anxietate/excitaţie şi reacţie/acţiune. Acest

procedeu, folosit mai întâi de V. Meyer, de Marks & Rachman şi colaboratorii lor la Maudsley Hospital din Londra, a fost perfecţionat şi experimentat de Foa şi colaboratorii săi la Philadelphia. În ţările de limbă germană, cel care s-a ocupat mai ales de aceste probleme este Hand şi, în Franţa, Cottraux (1989).

Expunerea constă într-o confruntare a pacientului cu stimulii şi situaţiile care declanşează anxietatea/excitaţia. Ea se poate face în viaţa reală (*in vivo*) sau în imaginaţie (*in sensu*). Un pacient suferind de obsesii de control va fi confruntat astfel cu situaţii în care este vorba de închis uşi, un pacient suferind de compulsia de a-şi spăla mâinile va fi confruntat cu murdăria.

Împiedicarea reacţiei vizează să împiedice reacţiile de evitare obişnuite (rituale) pentru a permite dispariţia lor.

Dat fiind faptul că aceste procedee pot fi uneori foarte dezagreabile pentru pacient, trebuie să le aplicăm cu sensibilitate şi tact, astfel încât pacientul să colaboreze, în ciuda sentimentelor uneori temporar dezagreabile, să accepte această experienţă neplăcută şi s-o înfrunte. Aceasta conduce la o diminuare progresivă a anxietăţii/excitaţiei şi la un sentiment de uşurare. În acelaşi timp se afirmă certitudinea puterii de a controla singur problema, deoarece pacientul trăieşte experienţa că anxietatea/excitaţia dispare progresiv fără ca el s-o evite. Mai multe variante ale acestui procedeu permit adaptarea lui într-o manieră flexibilă nevoilor individuale şi să fie completat. În locul unui procedeu rapid şi masiv, putem folosi de asemenea intervenţii progresive şi să adăugăm la acestea procedee cognitive, cât şi tehnici de gestiune (control) al anxietăţii.

Tratamentul ideilor obsedante şi al tulburărilor obsesionale pur cognitive (idei, imagini, frământări) se face de asemenea după procedeul de expunere, dar este mai dificil. Într-adevăr, aceste obsesii scapă observaţiei externe şi nu se lasă explicate prin modelul reducerii anxietăţii, pentru că ideile obsedante nu reduc anxietatea, ci, dimpotrivă, o induc. Din acest motiv este extrem de important să facem o analiză funcţională foarte atentă şi să analizăm gândurile obsesionale şi ritualul cognitiv corespunzător. Este vorba de a depista cât se poate de precis relaţiile existente între aceste gânduri obsedante şi alte cogniţii şi situaţii care le declanşează sau le menţin. Doar atunci când aceste relaţii au fost

înţelese în mod sigur se poate planifica şi aplica procedeul terapeutic concret.

Descoperirea acestor relaţii permite pacientului să trăiască experienţa unei oarecare disponibilităţi şi a unui oarecare control al gândurilor obsedante, ceea ce-l motivează de asemenea mai bine pentru procedeele de expunere. În măsura şi imediat ce este posibil, aceste procedee de expunere ar trebui să se aplice *in vivo*, adică în mediul natural şi cotidian al pacientului, pentru a favoriza generalizarea efectelor tratamentului în mediul cotidian al pacientului şi a preveni recăderile.

La pacienţii obsesionali, la fel ca şi la pacienţii suferind de alte tulburări anxioase, având adesea şi alte probleme (de exemplu depresii şi alte probleme psihiatrice, probleme în viaţa de toate zilele, probleme familiale sau cu partenerul lor), tratamentul direct al obsesiilor nu poate începe decât după investigarea contextului psihopatologic. Eventualele probleme suplimentare ar trebui incluse în tratament sub formă de "pachete" de tratament complexe, de tratamente paralele sau complementare (vezi Hand, 1990). Restructurarea cognitivă, terapiile comportamentale de cuplu şi consilierea nondirectivă (rogeriană) pot de asemenea să constituie tratamente complementare importante. Atunci când pacientul suferă şi de depresie, un tratament prealabil sau de acompaniere printr-o medicaţie antidepresivă se poate dovedi indispensabil.

Eficienţa tratamentului comportamental al tulburărilor obsesionale este bine stabilită şi se pot prezenta multe rezultate satisfăcătoare. Foa şi al. (1985) au analizat rezultatele a 18 cercetări controlate. Ei au ajuns la concluzia că după terapie 51% din pacienţi au scăpat de simptome sau sunt foarte ameliorati, 39% sunt pe jumătate ameliorati şi 10% n-au profitat de acesta. Trebuie să remarcăm totuşi că nu se atinge oricând un rezultat atât de bun. Rezultatele obţinute de tratamentul gândurilor obsesionale şi al obsesiilor pur cognitive neînsoţite de ritualuri sunt mai puţin bune decât cele obţinute de tratamentul acţiunilor obsesionale. Hand (1990) afirmă, din contră, că o expunere consecventă permite să se obţină efecte pozitive pe termen lung pentru aproximativ 70% din pacienţii trataţi, în aceeaşi măsură şi pentru cei cu gânduri obsesionale.

5.4. Recomandări de tratament

Pentru a încheia această trecere în revistă a tulburărilor obsesionale, se poate reţine că metodele psihanalitice clasice sunt ineficiente, doar dacă nu este vorba de un pacient cu o personalitate obsesională şi dacă nu se adaptează tratamentul, adică terapeutul intervine într-o manieră mai directivă şi tratează mai ales problemele actuale şi comportamentul pacientului. Farmacoterapia, mai ales clomipramina, este eficientă, dar asistăm adesea la recăderi la câteva săptămâni de la întreruperea tratamentului. Terapia preferată este o terapie comportamentală bazată pe expunere şi împiedicarea comportamentului de evitare sau o combinare asociind terapia comportamentală cu farmacoterapia.

6. Depresiile

Sunt zile şi perioade în care lumea este gri, în care nimic nu ne bucură şi nimic nu ne reuşeşte. Avem o dispoziţie proastă, suntem abătuţi, trişti poate, ne simţim singuri, goi, fără elan sau speranţă, vinovaţi, devenim anxioşi şi neliniştiţi. Oboseala începe să se facă simţită şi somnul este perturbat... Este vorba de dispoziţii şi sentimente pe care le-am cunoscut cu toţii, mai mult sau mai puţin adesea, după eşec, decepţii şi pierderi, sau fără motiv, şi cărora le-am făcut faţă cu mai mult sau mai puţin succes. Ceea ce face ca astfel de sentimente să devină tulburări psihice este tipul şi numărul simptomelor, intensitatea şi durata lor, cât şi gradul în care dereglează buna desfăşurare a vieţii de fiecare zi. În domeniul vieţii normale, cât şi în cel al experienţei patologice, aceste sentimente şi feluri de a se simţi sunt puse în relaţie cu noţiunea de "depresie". Acesta este motivul pentru care am vrea să clarificăm mai întâi acest concept.

În limbajul tehnic, noţiunea de "depresie" este folosită în trei moduri:

- pentru a desemna sentimentele normale de tristeţe, de decepţie etc. şi manifestarea lor ca simptom al unei tulburări;
- ca descriere scurtă a unui oarecare ansamblu de caracteristici, a unui sindrom de simptome afective, cognitive, motrice, fiziologice şi endocrinologice;

Comportament, motricitate, aspect	Aspect emoţional	Aspect psihologic vegetativ	Aspect imaginativ cognitiv	Aspect motivational
Ţinuta: fără tonă, curbat, fără vigoare; încetinirea mişcărilor (motoare); agitaţie; neliniştе nervoasă, frecarea mâinilor *Expresia feţei:* tristă, plângăreaţă, îngrijorată; colţurile gurii îndreptate în jos, riduri profunde, mimică rigidă, câteodată şi mimică schimbătoare şi destinsă *Mod de a vorbi:* şoptit, monoton, lent *Diminuare generală a activităţii* putând merge până la stupoare, putină schimbare, rază de acţiune redusă, probleme privind capacitateade a se descurca cu cerinţele cotidiene	Sentimente de descurajare, neputinţă, tristeţe, disperare, pierdere, abandon, singurătate, culpabilitate, animozitate, anxietate Agitaţie interioară, excitaţie, tensiune, intabilitate, plânset, oboseală, slăbiciune, tulburări de somn, variaţii diurne ale sentimentului de bine, sensibilitate la variaţiile meteorologice, pierderea apetitului şi a greutăţii, pierderea libidoului, dureri şi indispoziţii vegetative (apăsare la cap, dureri de stomac, tulburări digestive). În timpul diagnosticului trebuie să fim atenţi la tensiunea arterială, la glicemie, la lipsa de calciu, la fierul seric, la lipsa sau excesul de serotonină/ adrenalină	Atitudine negativă faţă de sine (persoana sa, aptitudinile sale şi aspectul său) şi faţă de viitor (de ex. imaginarea unui drum fără ieşire, a unei găuri negre); pesimism şi autocritică permanentă, nu este sigur de el; ipohondrie, lipsă de imaginaţie, gândire lentă şi laborioasă, probleme de concentrare, frământări repetitive, se aşteaptă la pedepse şi la catastrofe, idei delirante, de ex. de păcat, de insuficienţă şi de sărăcire, nivel de aspiraţie rigid, idei nihiliste privind o viaţă fără ieşire sau scop, idei de suicid	Se aşteaptă la eşec, retragere şi evitarea responsabilităţilor sale, trăirea absenţei controlului şi neputinţei, pierderea elanului, sentimentul că i se cere prea mult, retragere până la sinucidere sau creşterea dependenţei de celălalt

Tabelul 17: *Lista câtorva simptome ce se pot întâlni în tablourile depresive* (extras din Hautzinger & Jong-Meyer, 1990, "Depressionen", *in* H.Reinecker (Ed.), 1990, *Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen*, Dr. C.J.Hogrefe).

- pentru a desemna tulburări psihice, tulburările depresive având nişte cauze şi o oarecare evoluţie şi răspund unor tratamente.

Tabloul depresiilor prezintă un număr mare de simptome diverse. Acestea pot fi combinate în diferite moduri şi este câteodată dificil să le recunoşti, mai ales în formele lor larvare, somatizate. Nu putem aprofunda aici descrierea, clasificarea şi diagnosticul depresiilor, dar am vrea să subliniem faptul că se regăsesc aici simptome psihice *şi* fizice. Simptomele fizice pot masca depresia în aşa fel încât aceasta nu mai poate fi recunoscută. Pentru a da o idee în legătură cu această simptomatologie variată, vom rezuma câteva din simptomele cele mai importante în tabelul 17.

Aşa cum am indicat anterior, prezenţa unuia sau a mai multor simptome nu înseamnă în mod necesar că este vorba de o tulburare. Se pune deci problema criteriilor diagnostice ale diferitelor tulburări depresive. Aceste criterii diferă de la un sistem de clasificare la altul, dar ele se amestecă într-o oarecare măsură. Ca ilustrare prezentăm aici un rezumat al criteriilor propuse de DSM-III-R pentru un episod de depresie majoră (vezi tabelul 18). Subliniem că nu este vorba decât de două din numeroasele forme de tulburări afective.

6.1. Modele empirice validate privind dezvoltarea şi tratarea depresiilor

Tentativele de explicare şi abordările terapeutice nu sunt tratate separat aici, dat fiind faptul că nu este vorba de a oferi o prezentare sistematică a tulburărilor depresive şi a tratamentului lor, ci de a da pacientului câteva indicaţii utile pentru alegerea terapiei. Adesea, tratamentul nu provine direct din teoria etiologică, ci se inspiră doar din aceasta; aceste relaţii ies în evidenţă mai bine în timpul unei prezentări grupate. Datorită faptului că lucrarea noastră se referă la ajutorul şi terapia psihologică, ne concentrăm asupra modelelor psihologice. Am vrea totuşi să atragem atenţia asupra faptului că un tratament psihologic al depresiei nu este admisibil fără o explorare aprofundată şi o clarificare a aspectului medical al problemei, factorii biologici jucând un rol important, mai ales în depresiile grave.

Cel puţin cinci din simptomele următoare trebuie să fie prezente în aceeaşi perioadă timp de cel puţin două săptămâni şi să reprezinte o schimbare în raport cu comportamentul anterior; cel puţin unul din simptomele corespunzând poziţiilor 1 sau 2.

1. Stare depresivă
2. Pierdere de interes sau plăcere
3. Pierdere sau câştigare în greutate în absenţa regimului
4. Tulburări de somn
5. Agitaţie sau încetinire psihomotrice
6. Oboseală sau pierdere de energie
7. Sentiment de lipsă de demnitate sau vinovăţie excesivă sau nepotrivită
8. Tulburări de gândire sau de concentrare
9. Idee de suicid recurentă

Tabelul 18: *Criteriile diagnostice ale unui episod depresiv major* (prescurtat după DSM-III-R).

Încă de pe vremea când Nabucodonosor suferea de depresii grave, iar Hipocrate prezenta prima teorie etiologică asupra depresiei concepând teoria bilei negre, au fost avansate multe ipoteze privind originea sa şi s-a depus mult efort pentru a o vindeca. Cercetarea asupra acestei probleme a fost atât de intensă în ultimii treizeci de ani încât depresia a devenit tulburarea psihică cel mai bine studiată. O clasificare a diferitelor tentative de explicare se face mai bine, fără îndoială, deosebind factorii biologici de factorii psihologici, cât şi modelele corespunzătoare. O dată rezolvată această problemă, trebuie totuşi să fii foarte conştient de faptul că nici unul din aceste modele nu furnizează astăzi o explicaţie satisfăcătoare. La fel ca şi explicaţia, tratamentul depresiei a generat multe propuneri: ele merg de la laptele de măgăriţă, cântecul de harpă şi psihanaliză până la farmaco şi psihoterapia contemporană, a cărei eficienţă a fost stabilită şi testată. Progresele din acest domeniu sunt considerabile dacă ne gândim că înainte de descoperirea antidepresivelor de la sfârşitul anilor '50, nu puteai alege, în materie de tratament al depresiei, decât între terapia electroconvulsivă şi psihanaliză.

6.1.1. Modele biologice

Aceste modele caută cauzele depresiei în tulburările biologice ale corpului nostru. Explicaţia se găseşte în patru indici care te duc cu gândul la o legătură strânsă între depresii şi procesele corporale fizice (Schuyler, 1974). Mai întâi depresia însoţeşte adesea perioadele de schimbări naturale din organismul femeilor, cum ar fi zilele premergătoare menstruaţiei, perioada de după naştere şi anii care preced menopauza. Al doilea indiciu de cauze biologice este marea similitudine a simptomelor, la bărbat şi la femeie, la persoanele tinere şi cele în vârstă, independent de rasă şi cultură. Faptul bine stabilit că substanţele psihofarmacologice şi terapia electroconvulsivă sunt tratamente eficiente este un al treilea indiciu. Şi în al patrulea rând, este bine cunoscut că persoane normale pot avea depresii consecutive (ca efecte secundare) unor tratamete medicamentoase (reserpina, de exemplu, poate provoca depresia). Această influenţă a factorilor biologici a fost studiată în domeniul depresiilor în special în legătură cu trei probleme:

1. Care sunt bazele şi predispoziţiile biologice (genetice şi dobândite) ce favorizează apariţia unei depresii?

În domeniul factorilor genetici studii familiale au arătat că riscul mediu de morbiditate pentru părinţii, fraţii şi surorile şi copiii pacienţilor depresivi se situează între 10 până la 15%, adică este net mai mare decât la populaţia de mijloc (Zerbin-Rüdin, 1969). În tulburările bipolare (adică cele care prezintă faze maniacale şi depresive), încărcătura familială este şi mai pronunţată decât la cele unipolare (adică tulburări depresive fără faze maniacale). Cercetările pe gemeni arată de asemenea o influenţă clară a factorilor genetici: la gemenii monozigoţi concordanţa medie (adică concordanţa privind apariţia bolii) pentru psihozele afective este de 69%, la gemenii bizigoţi, ea nu este decât de 19% (Zerbin-Rüdin, 1969). În cazul depresiilor nevrotice şi al altor depresii psihogene, povara familială este mult mai slabă decât în psihozele afective, semnificaţia statistică a diferenţei nu este sigură, ci probabilă (Stensted, 1969).

2. Care sunt procesele legate de tulburarea actuală?

În planul factorilor biochimici, un număr crescând de observaţii clinice şi experimentale la om şi animal au condus, de la sfârşitul anilor '50, la constatarea existenţei unor relaţii mai mult sau mai puţin semnificative între substanţele şi funcţiile biochimice şi neurobiologice, pe de o parte, şi tulburările depresive, pe de altă parte. Acest lucru face din ce în ce mai probabilă intervenţia unor anomalii biochimice, neuroendocrinologice şi electrofiziologice în perioada apariţiei (predispoziţiei, declanşării) tulburărilor depresive. Aceste observaţii au generat ipoteze (ipoteza catecolaminei, ipoteza serotoninei) care au putut fi parţial confirmate cu ocazia mai multor cercetări. Ele nu permit totuşi să considerăm anomaliile constatate drept cauze univoce ale tulburărilor depresive. Această situaţie a generat concepţia dezvoltării multifactoriale şi secvenţiale a tulburărilor depresive: Hautzinger & de Jong-Meyer (1990, p. 152) rezumă excelent această concepţie astfel: "În perioada dezvoltării unei depresii putem vorbi deci de condiţii şi influenţe heterogene (de exemplu genetice, psihosociale, de dezvoltare, psihosociologice etc.) care pot (dar nu trebuie) să culmineze cu o depresie împrumutând o cale comună de modificări biochimice (de exemplu metabolismul acizilor aminici, sistemele de neurotransmiţători, receptorii) şi neuronale (de exemplu structurile limbice, locus coeruleus etc.)". Figura 3 ilustrează acest model de explicaţie integrativ.
După ceea ce s-a spus, am putea să gândim că terapiile biologice (somatice) ale depresiei ar proveni din aceste modele etiologice. În realitate, ele îşi au originea într-o întâmplare fericită şi într-o observaţie clinică concentrată şi subtilă şi doar după aceea au fost explorate şi dezvoltate în cercetările empirice. Ţinând cont de subiectul nostru privind alegerea terapiei, trebuie să ne limităm la indicaţiile care urmează şi să trimitem cititorul interesat la referinţele bibliografice menţionate.

3. Cum pot fi influenţate aceste procese la nivelul biologic?

Printre substanţele psihofarmacologice, eficienţa antidepresivelor triciclice (de exemplu Tofranil, Tryptizol) şi IMAO (adică inhibitorii monoamin-oxidazei, de exemplu Niamid, Nardelzin) a fost scoasă în evidenţă de un mare număr de lucrări. Chiar dacă

avem multă experienţă clinică în ceea ce priveşte prescrierea lor, alegerea şi dozarea necesită ceva timp şi răbdare, datorită modalităţilor individuale de a reacţiona. Spectrul efectelor lor este într-o oarecare măsură diferit de la o substanţă la alta şi poate include - mai ales în cazul celor de tip IMAO - efecte secundare neplăcute. Din această cauză, criteriul de selecţie cel mai important în prezent în clinică pentru alegerea unui antidepresiv este profilul efectelor sale secundare. Problema combinării lor cu psihoterapia va fi abordată la sfârşitul capitolului. Deşi litiul este rar folosit pentru tratamentul crizelor de tulburări depresive, îl menţionăm aici, deoarece combinat cu antidepresive, poate ajuta pacienţii care nu răspund la antidepresive.
Terapia electroconvulsivă, având o publicitate negativă mai mult timp, am vrea să menţionăm doar că eficienţa sa a fost demonstrată mai ales în depresiile endogene. Ţinând cont de tehnicile de tratament actuale, este vorba de o terapie săracă în riscuri care provoacă "puţine efecte secundare neplăcute şi nu este urmată de leziuni cerebrale ireversibile" (Sauer & Lauter, 1987; vezi şi Guelfi şi al., 1987; Loo, 1990). În unele depresii endogene este terapia preferată.
Terapia depresiilor cu ajutorul luminii nu trebuie uitată. Deşi ea se găseşte încă în faza experimentală, primele rezultate sunt încurajatoare.

6.1.2. Modele psihologice

Ipoteze privind originea şi tratamentul depresiilor au fost emise de majoritatea şcolilor psihoterapeutice şi prezintă o oarecare organizare. Abordările cele mai sistematice şi cele mai bine confirmate empiric au fost totuşi dezvoltate în contextul terapiei comportamentale şi al terapiei interpersonale, motiv pentru care ne vom limita la acestea.

1. Modelul etiologic al depresiei propus de Lewinsohn (1974) se inspiră din teoria învăţării operante a lui Skinner, din care acesta reia ipotezele privind întărirea pentru a explica geneza depresiilor.

Simptomele caracteristice ale depresiei, ca pierderea interesului, pasivitatea şi lipsa de elan - deci diminuarea comportamentelor - sunt explicate prin pierderi de întăriri privind unele

comportamente. Ca urmare a unor circumstanţe defavorabile, persoana depresivă ar fi astfel temporar puţin recompensată în activităţile sale şi în ceea ce priveşte comportamentul său social. În consecinţă, ea diminuează manifestările sale comportamentale, comportamentul "săräceşte" pentru că nu mai este destulă incitare, "recompensă" şi "sens". Aceste posibilităţi de întărire pozitivă depind:

- de numărul de evenimente recompensative posibile, care este determinat de situaţia şi istoria personală;
- de numărul de recompense disponibile la un moment dat;
- de capacitatea individului de a se comporta într-un mod care conduce la obţinerea de recompense.

Aceste posibilităţi de întărire a comportamentului pot fi modificate prin evenimente importante exterioare (de exemplu neşansă, pierderi, schimbări importante în viaţă etc.) şi să pună persoana într-o situaţie în care pierde controlul posibilităţilor sale de întărire. Comportamentul depresiv care urmează poate fi menţinut prin atenţie socială eventual mărturisită persoanei depresive; este de asemenea posibil ca să urmeze o micşorare a atenţiei sociale, care agravează atunci comportamentul depresiv. Pentru a experimenta această ipoteză etiologică a fost iniţiat un număr apreciabil de cercetări. Din acestea a rezultat că nivelul întăririlor comportamentale este mai mic la persoanele depresive decât la subiecţii nondeprimaţi din grupul de control. Nivelul întăririlor pozitive creşte o dată cu ameliorarea clinică. Natura cauzală a acestor relaţii n-a găsit încă confirmare.

Teoria terapeutică derivată din acest model etiologic propune o modificare a condiţiilor de întărire inadecvate. Această modificare ar trebui să se facă atât la nivelul condiţiilor de mediu (nefavorabile), cât şi al manierelor de comportament ale pacientului. Motivul este faptul că pierderea întăririi nu este numai consecinţa circumstanţelor de mediu nefavorabile, ci şi a nefolosirii posibilităţilor de întărire disponibile efectiv.

Aplicarea în practică a acestei terapii începe printr-o analiză comportamentală aprofundată, care explorează şi examinează sistematic condiţiile de întărire şi istoria lor. În acest scop se procedează la o explorare delaliată a evenimentelor, a activităţilor şi comportamentelor de întărire prin interviul clinic şi cu ajutorul chestionarelor. Deficitul de întărire ce a condus la depresie fiind stabilit, se concepe un plan terapeutic în vederea ameliorării

comportamentului de întărire individual, care este pus în practică cu ajutorul a diferite tehnici. Sunt activate progresiv activităţi de întărire ce sunt mai întâi recompensate direct. Sunt analizate condiţiile de întărire nefavorabile de la nivelul relaţiilor personale ale pacientului, se exersează afirmarea sinelui (adică exprimarea şi apărarea punctului său de vedere şi a drepturilor sale, respectându-le în acelaşi timp pe ale celorlalţi) şi a competenţelor sociale şi se urmăreşte mai general o dezvoltare a activităţilor. Planurile de activitate, sarcinile progresive şi stabilirea de protocoale de zi sunt ajutoare importante în realizarea acestui program şi sunt de câtva timp completate cu procedee cognitive de tratament, cu stimuli înconjurători şi cu tehnici de control al stresului. Aplicat în manieră clinică şi competent, acest tratament are drept efect dispariţia deficitului de întărire, o mai mare dispoziţie de a-şi asuma riscuri şi o lărgire a repertoriului comportamental ce favorizează întărirea şi care pot avea o valoare preventivă.

2. Modelul lui Beck, menţionat deja în legătură cu manualele de terapie, face parte din modelele de depresii numite "cognitive". El explică dezvoltarea depresiei prin procese mai ales cognitive pe care terapia îşi propune să le schimbe[5].

După Beck, originea depresiei este condiţionată de structuri (scheme cognitive) şi de procese (moduri de a gândi) cognitive care antrenează distorsiuni mai mult sau mai puţin importante ale realităţii. În timpul examenului unor persoane depresive, schemele cognitive, triada numită cognitivă sunt în mod deosebit frapante. Această triadă se caracterizează printr-o viziune negativă despre sine, despre mediu şi viitor. Viziunea negativă despre sine înseamnă că persoana se vede plină de defecte, nesatisfăcătoare şi fără valoare. Ea trage concluzia din această situaţie că evenimentele negative nu pot fi atribuite decât acestei lipse de valoare personală. Gândurile negative privind mediul înconjurător se manifestă prin interpretări negative ale unor evenimente neutre sau pozitive şi în tendinţa de a lua totdeauna în considerare pe cea mai puţin bună dintre multele posibilităţi.

[5] Vom găsi o prezentare franceză detaliată a acestui model şi a terapiei lui Beck în Blackburn & Cottraux (1988).

Viziunea negativă privind viitorul nu lasă loc unor timpuri mai bune, dar anticipează o rezolvare nefavorabilă din toate cele posibile.

Activarea acestor scheme de gândire negative este de asemenea responsabilă, după Beck, de simptomele cum ar fi frica, tristeţea, pasivitatea, mânia şi iritarea. La aceste scheme de gândire negative se adaugă greşelile de gândire tipice care explică persistenţa triadei cognitive negative în ciuda evidenţei contrare: generalizări abuzive, exagerări pozitive şi negative, o gândire absolutistă, dihotomizarea etc. Aceste scheme cognitive şi erori de gândire îşi au originea, după Beck, în experienţe precoce nefavorabile care rămân în stare latentă şi pot fi reactivate ulterior de evenimente similare. Acest model de bază al etiologiei depresiei a fost dezvoltat ulterior (vezi Beck, 1983) folosindu-se factorii de personalitate pentru a diferenţia geneza tulburărilor depresive.

Pentru a verifica empiric aceste ipoteze etiologice, dezvoltate de Beck pe baza experienţei clinice, au fost iniţiate diferite cercetări. Ele au permis să se găsească relaţii importante între schemele cognitive sau modurile de a gândi şi depresii sau simptome depresive, dar aceste relaţii nu ne permit să credem în existenţa unor relaţii cauzale (Brewin, 1985; Sweeny şi al., 1986).

În ceea ce priveşte eficienţa sa, terapia cognitivă a depresiilor (sau TCD) face parte, împreună cu terapia interpersonală a depresiilor, din cele două terapii cele mai bine stabilite dat fiind faptul că ele reunesc cel mai mare număr de cercetări bine controlate.

Efectele terapiei TCD a lui Beck asupra simptomatologiei depresive au fost scoase în evidenţă prin mai multe anchete care au arătat că reducerea simptomelor operată de TCD este superioară celei observată la pacienţii ce se găseau pe lista de aşteptare. Comparate cu rezultatele obţinute de alte metode psihoterapeutice, cele ale TCD erau la fel de pozitive, în sensul că erau la fel de bune sau puţin mai bune. Asemănarea acestor rezultate cu cele ale altor metode se explică probabil prin procedeele terapeutice în mare măsură asemănătoare.

Compararea cu farmacoterapia a dat câteva rezultate interesante:

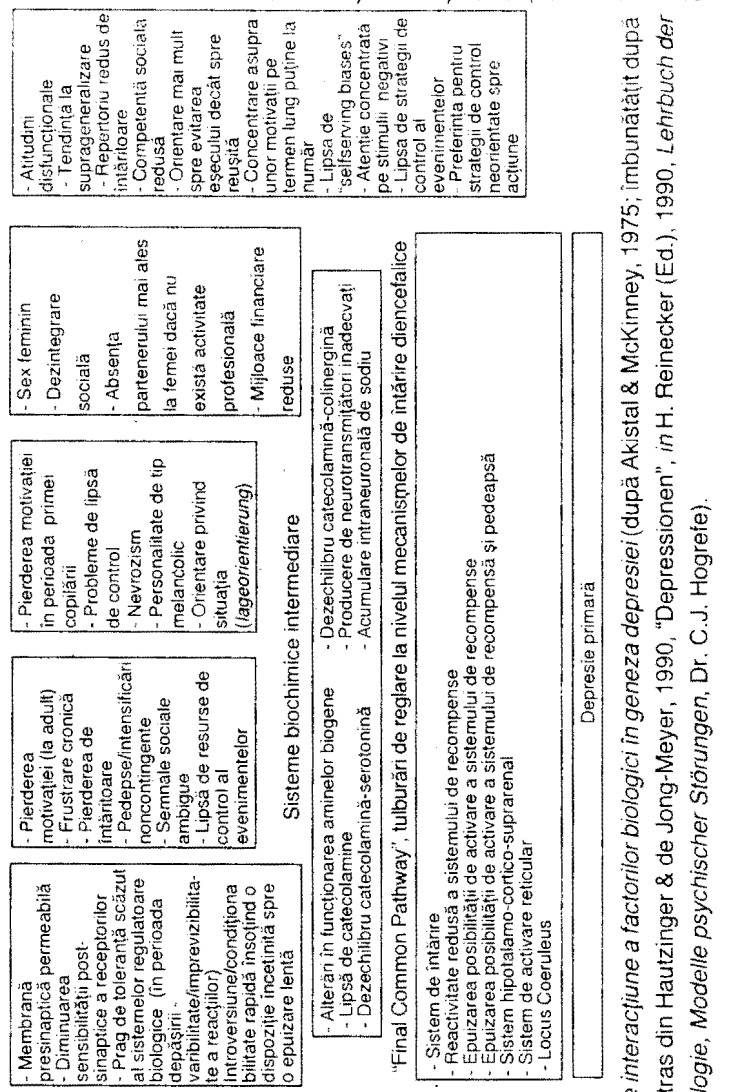


Figura 3: *Model de interacţiune a factorilor biologici în geneza depresiei* (după Akistal & McKinney, 1975; îmbunătăţit după de Jong, 1987 - extras din Hautzinger & de Jong-Meyer, 1990, "Depressionen", *in* H. Reinecker (Ed.), 1990, *Lehrbuch der Klinischen Psychologie, Modelle psychischer Störungen*, Dr. C.J. Hogrefe).

În primul studiu de acest fel Rush şi al. (1977) au comparat terapia TCD a lui Beck cu un tratament cu imipramină. Autorii au putut constata că cele două terapii reduceau simptomatologia depresivă, că TCD avea totuşi un procent de 78,9% pacienţi puternic ameliorați, în timp ce farmacoterapia nu înregistra decât 22,7% ameliorări. Nivelul de abandon al terapiei era şi el mai mic pentru TCD (5%) decât pentru farmacoterapie (36%). Nivelul de recăderi într-un an era de 16% pentru TCD contra 68% pentru farmacoterapie. Acest nivel de abandon şi de recăderi mai ridicat pentru farmacoterapie a putut fi confirmat ulterior (Murphy şi al., 1984; Simon şi al., 1986).

Studii ulterioare au găsit totuşi diferenţe mai mici privind ameliorarea imediat după terapie, efectul preventiv al TCD părînd totuşi a fi mai mare. Hollon & Beck (1986) îşi rezumă cercetările astfel: "În ceea ce priveşte ameliorarea unui episod de criză, terapia cognitivă a depresiei se devedeşte cel puţin la fel de eficientă ca farmacoterapia (cu triciclice) şi ea prezintă probabil un efect preventiv neatins de alte terapii".

3. Modelul lui Seligman (1974) face parte, ca şi cel a lui Beck, din modelele cognitive. Totuşi la origine el a fost dezvoltat nu în practica clinică, ci într-un laborator de psihologie. Ceea ce face din el un model cognitiv este ipoteza după care depresia este declanşată de o aşteptare, o expectanţă, de exemplu expectanţa unui eveniment negativ a cărui apariţie nu poate fi influenţată.

Teoria etiologică a depresiilor propusă de Seligman se bazează pe noţiunea de "disperare învăţată" care este datorată unei observaţii întâmplătoare:

> În timpul unor experienţe privind condiţionarea (ce studiau efectul exercitat de condiţionarea pavloviană prealabilă asupra învăţării instrumentale ulterioare), câinii primeau şocuri electrice de intensitate medie, dar inevitabile. Experimentatorii au putut constata că animalele se comportau ulterior pasiv în situaţii în care li se oferea totuşi ocazia să evite şocurile. Experienţele au arătat în plus că acestea nu numai că nu făceau nici o tentativă pentru a evita şocurile (ceea ce făceau câinii din celălalt grup, care primeau de asemenea şocuri, dar aveau posibilitatea să le evite), dar nici nu învăţau ulterior că pot să le evite, deşi au avut ocazia să constate acest lucru. Rezultate asemănătoare au fost obţinute prin experienţe analoage făcute pe persoane normale, nondepresive, confruntate cu zgomotul sau cu probleme insolubile. Aceste experienţe arată că nu stimulul dureros, ci incapacitatea de a-l controla duc la depresia învăţată.
>
> Experienţa şi constatarea inexistenţei unei relaţii între acţiunea proprie şi evenimentele înconjurătoare (în acest caz şocul) duc la experienţa generală de incontrolabilitate şi, în final, la pasivitate şi la alte simptome depresive.
>
> Pe parcursul unor experienţe privind depresia dobândită la om, conceptul a fost extins în raport cu ipotezele teoriei atribuirii (adică teoria atribuirii de cauze). Reacţiile umane depind întradevăr şi de cauzele atribuite unui eveniment - un proces cognitiv mai mult sau mai puţin complex (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978). După această nouă formulare, geneza depresiei la fiinţa umană poate fi concepută astfel: experienţa privind imposibilitatea de a controla evenimentele importante duce la modificări cognitive, afective, motivaţionale, vegetative şi psihologice asemănătoare cu cele pe care le putem constata în tulburările depresive. Modificarea cognitivă constă în aşteptarea din ce în ce mai fermă şi mai generalizată de a fi neputincios, cât şi în căutarea şi atribuirea unei cauze care poate explica această depresie. Este tipul de atribuire determinat de stilul cognitiv personal (o trăsătură de personalitate), care fixează natura şi durata modificărilor cognitive, afective, vegetative şi motivaţionale.
>
> Cercetările privind validarea acestui model de depresie dobândită au dat rezultate asemănătoare celor ce proveneau din cercetările pe alte modele: se poate foarte bine arăta că există legături între atribuirile cauzale inadecvate şi simptomele depresive şi că trăirea depresivă este însoţită de asemenea de gânduri negative şi de unele configuraţii de atribuire cauzală, dar nu se poate dovedi influenţa lor cauzală.

Modelul de intervenţie propus de Seligman vizează diminuarea depresiei dobândite, adică stabilirea unor probe de

control adecvate. În acest scop se recomandă apelul la tehnicile generale ale terapiei comportamentale şi cognitive: planificarea, sarcinile progresive, antrenamentul pentru afirmarea sinelui şi dobândirea de competenţe sociale. Vom fi atenţi în mod deosebit la tendinţele disfuncţionale de a-şi atribui sie însuşi cauzele eşecurilor. O metodă terapeutică proprie şi sistematizată n-a fost încă prezentată.

4. "Ipoteza autocontrolului", avansată de Rehm (1977) în problema genezei şi a terapiei tulburărilor depresive, a fost dezvoltată pornind de la teoria autocontrolului a lui Kanfer (1970, 1971). Ea pleacă de la ipoteza care explică depresia ca fiind consecinţa unui deficit de autocontrol. O persoană ar deveni astfel depresivă atunci când ea suferă de o pierdere de întărire ca urmare a unor circumstanţe exterioare şi nu dispune de competenţe de autocontrol care i-ar permite să compenseze această pierdere. Sarcina terapiei va fi deci să ajute pacientul să câştige aceste competenţe.

> Conceptul terapeutic vizează dezvoltarea unui control mai bun a sinelui pentru a face pacientul mai independent de recompesele exterioare. Aceasta se obţine printr-o muncă sistematică asupra proceselor de autocontrol. În acest scop, pacientul este antrenat spre autoobservare (de exemplu prin protocoale privind starea de spirit şi activitatea), se examinează şi se modifică atitudinile selective în materie de percepţie şi de memorie. Se clarifică autoevaluarea, se modifică autoatribuirile inadecvate privind succesul şi eşecul şi se elaborează scopuri adecvate pentru comportament. Autoîntărirea este exersată sistematic, arătând pacientului cum s-o conceapă şi cum să aplice planurile. Acest procedeu îl reaminteşte pe cel a lui Beck, cu care are câteva puncte comune. Diferenţa constă totuşi în faptul că Rehm se preocupă mai puţin de modificarea proceselor cognitive, cât de valoarea lor funcţională pentru autocontrol.
>
> Aplicarea practică a acestei terapii cerea la început şase şedinţe săptămânale, dintre care două erau de fiecare dată consacrate proceselor de autocontrol (autoobservare, autoevaluare, autoîntărire); ea a fost ulterior extinsă la douăsprezece şedinţe. Ea se poate face individual sau în grup. Eficienţa sa a fost evaluată prin mai multe studii care au dat rezultate pozitive; sunt de dorit totuşi şi alte cercetări clinice.

5. McLean (1976) a propus un model al depresiei bazat pe controlul stresului, în care tulburarea depresivă este analizată din punct de vedere al interacţiunii sociale. După acest model, originea depresiilor se găseşte în situaţiile în care persoana nu dispune de aptitudini sociale eficiente pentru a trata evenimentele nefavorabile şi situaţiile de viaţă stresante.

> Obiectivul terapiei este de a dezvolta competenţe de control specifice, acordându-se o atenţie specială relaţiilor interumane. Această terapie se deosebeşte de cele precedente prin asocierea la terapie a persoanelor apropiate. Realizarea terapiei, care include atât tehnici cognitive, cât şi comportamentale, se concentrează pe exerciţii în următoarele şase domenii: comunicare, productivitate comportamentală, interacţiune socială, autoafirmare, luare de decizii şi rezolvare a problemelor. McLean & Hakstian (1979) subliniază importanţa pe care o au, în terapia pacienţilor depresivi, o puternică structurare, orientarea spre un scop şi creşterea interacţiunii sociale.
>
> Eficienţa acestei terapii a putut fi stabilită de McLean & Hakstian (1979) într-un studiu clinic comparativ.

Importanţa interacţiunii sociale şi rolul jucat de persoanele apropiate în dezvoltarea şi terapia depresiilor au fost tratate de atunci cu o atenţie din ce în ce mai mare, aşa cum reiese din cartea *Affective Disorders and the Family* de Clarkin şi al. (1988) şi din cercetarea următoare.

6. Terapia interpersonală a lui Klerman & Weissman (1982; IPT în cele ce urmează), menţionată deja în legătură cu manualele de terapie, subliniază, la fel ca şi McLean, importanţa pe care o are interacţiunea socială pentru dezvoltarea tulburărilor depresive. Ea nu-şi dezvoltă totuşi teoria etiologică în cadrul psihologiei cognitive sau a învăţării, ci sprijinindu-se pe concepţia psihobiologică a psihiatriei a lui Meyer, pe teoria relaţiilor interpersonale a lui H.S. Sullivan şi pe cercetările empirice făcute în psihiatria socială. Ea se sprijină şi pe teoria afectivităţii, pe lucrări privind rolul jucat în dezvoltarea depresiilor de relaţiile interumane intime şi de stresul social, cât şi pe cercetări proprii ale autorilor asupra relaţiei dintre

depresia clinică şi relaţiile interumane tulburate (în căsătorie, în familie, la lucru). Autorii ajung la concluzia că relaţiile interumane intime (*intimacy*) joacă un rol important în prevenirea tulburărilor depresive. Problemele care apar în cadrul relaţiilor au o mare importanţă în dezvoltarea acestor tulburări, dar nu sunt cauza lor.

Scopul terapiei şi procedeul fiind deja descrise pe scurt, am vrea să ne oprim mai mult asupra cercetărilor pentru a-i stabili eficienţa. Această terapie a fost testată în mai multe studii de grup şi ea a fost comparată de asemenea cu farmacoterapia, cu terapia cognitivă a lui Beck şi cu grupuri de control netratate.

În studiul lui Weissman şi al. (1979), 81 de pacienţi depresivi nespitalizaţi au fost separaţii în mai multe grupuri; grupurile au fost tratate cu IPT, cu amitriptilină, printr-o combinaţie a celor două şi printr-o terapie de control. Aceste tratamente se făceau în şedinţe săptămânale, timp de şaisprezece săptămâni, sub controlul unor psihiatri experimentaţi. Compararea rezultatelor arăta că IPT este semnificativ superioară terapiei de control şi aceasta pentru o serie de date ce evaluau reducerea simptomelor de către pacient, terapeut şi un judecător independent. Comparat cu medicamentul (amitriptilină), rezultatul obţinut de IPT era la fel de bun ca cel obţinut prin tratamentul medicamentos, dar s-a putut constata un efect diferenţial (Di Mascio şi al., 1979): amitriptilina acţiona în special asupra manifestărilor vegetative, suferinţelor fizice, tulburărilor de apetit şi asupra somnului (care se ameliora deja la sfârşitul primei săptămâni de tratament). IPT ameliora mai ales starea de spirit, sentimentele de culpabilitate, ideile de suicid, eficienţa la lucru şi interesul pentru lucruri. Aceste efecte îşi făceau apariţia după aproximativ patru până la opt şedinţe de tratament şi persistau. Combinaţia amitriptilină + IPT era mai eficientă decât orice tratament izolat, ea era mai bine acceptată de către pacienţi şi provoca mai puţine abandonuri ale tratamentului (30% contra 52% în cazul aplicării doar a farmacoterapiei). Pacienţii suferind de depresie endogenă (adică depresii la care nu se poate găsi cauza externă) reacţionau mai bine la tratamentul combinat decât la IPT aplicat singur, pacienţii care nu sufereau de depresie endogenă reacţionau la fel de bine la amitriptilină, la IPT sau la combinaţia dintre ele. Având în vedere credinţa răspândită după care un tratament medicamentos deranjează psihoterapia, este util să remarcăm că nu este vorba de aşa ceva în acest caz.

În raportul publicat de Elkin şi al. (1989) asupra primelor rezultate ale unui studiu american (de la National Institute of Mental Health, NIMH), IPT s-a dovedit superioară tratamentului de control. Ea nu era semnificativ mai puţin eficientă decât tratamentul medicamentos (imipramină), cu excepţia cazurilor grave în care medicamentul acţiona mai repede şi ceva mai bine. Acest studiu nu arată totuşi decât rezultatele privind efectele observate la sfârşitul terapiei; ansamblul efectelor obţinute de diverse tratamente nu va putea fi evaluat decât după apariţia studiilor în legătură cu perioada de urmărire de după tratament.

În concluzie, se poate spune că în ultimii cincisprezece ani am asistat la apariţia unui număr crescut de cercetări bine controlate asupra efectelor psihoterapiei obţinute la pacienţi nespitalizaţi suferind de depresie majoră unipolară[6]. Rezultatele importante pentru pacient pot fi rezumate sub formă de răspuns la o serie de întrebări.

1. Psihoterapia este mai bună decât absenţa terapiei?

Răspunsul este clar: da. Majoritatea cercetărilor au arătat că noile psihoterapii ale depresiilor (IPT, TCD, TC) sunt superioare terapiilor de control şi terapiilor nonspecifice: la sfârşitul tratamentului un număr mai mare de pacienţi se simţeau mai bine şi ameliorarea era mai clară. Este important de asemenea rezultatul mai multor studii ce arată că aceste metode de tratament sunt indicate în aceeaşi măsură pacienţilor în vârstă.

2. Sunt durabile aceste succese?

Şi aici răspunsul este pozitiv în ansamblu. Au loc bineînţeles şi recăderi şi apare şi o oarecare diminuare şi uzură cu trecerea timpului. Adesea unele efecte pozitive se manifestă totuşi doar după tratament şi se manifestă relativ bine. Se poate remarca, în aceeaşi măsură, că pacienţii care au beneficiat doar de psihoterapie sau de o psihoterapie combinată cu farmacoterapie erau avantajaţi după un an în raport cu pacienţii care au fost

[6] În franceză vezi în legătură cu acest subiect Blackburn & Cottraux (1988).

tratați doar cu farmacoterapie (Kovacs și al., 1981; Weissman și al., 1981). Două studii privind TCD (Blackburn și al., 1986; Simons și al., 1986) au constatat că la sfârșitul unei perioade de doi ani, această terapie avea un efect pe termen lung preventiv superior celui produs de farmacoterapie.

3. Ce se poate spune despre comparațiile cu farmacoterapia?

În ceea ce privește efectul constatat la sfârșitul terapiei, unele cercetări au ajuns la rezultate ușor superioare pentru psihoterapie, altele la efecte aproape asemănătoare. În ceea ce privește efectele pe termen lung, psihoterapia părea de asemenea a fi puțin mai bună; este ceea ce a consemnat recent studiul de la NIMH. Dar trebuie să spunem că s-au constatat efecte diferențiale - cele două forme de tratament nu acționau deci în același mod: farmacoterapia (imipramina și amitriptilina) acționa înainte de toate în domeniul simptomelor vegetative și acționa mai repede. Psihoterapia (IPT; TCD) avea nevoie de mai mult timp pentru a-și etala efectele și acționa mai ales asupra stării depresive, asupra lipsei de interes, lipsei de speranță, conceptului de sine și asupra implicării la lucru. Combinația farmacoterapie + psihoterapie dădea până în prezent rezultate diferite: unele cercetări au găsit rezultate mai bune pentru combinație, altele n-au găsit nici o diferență. Trebuie să remarcăm că tratamentul combinat diminua tendința de abandonare a tratamentului și că el nu producea rezultate mai puțin bune decât psihoterapia singură. Aceasta indică faptul că (contrar unei credințe larg răspândită printre psihoterapeuți) farmacoterapia, în cazul depresiilor, nu deranjează deloc psihoterapia. În urma trecerii în revistă a unsprezece cercetări publicate între 1974 și 1984 privind tratamentul depresiilor unipolare, Conte și al. (1986) ajung la următoarea concluzie:

- Tratamentele combinate au fost mai eficiente decât condițiile placebo sau de contact minimal. Ele erau doar puțin mai bune, dar într-un mod mai consistent decât psihoterapia sau farmacoterapia singure;
- Tipul de medicament (amitriptilină, imipramină etc.) sau tipul de psihoterapie (IPT, TCD, TC) nu producea nici o diferență.

4. Există diferențe între psihoterapii și ce acționează în fiecare terapie?

Faptul că există diferențe între diferitele procedee psihoterapeutice este un lucru care a fost stabilit de De Rubeis și al. (1982) pentru IPT și TCD, și de către Luborsky și al. (1982) pentru consilierea psihologică oferită toxicomanilor, pentru TCD și pentru terapia expresivă de susținere de orientare psihanalitică. În ceea ce privește diferența dintre aceste terapii la nivelul efectelor, informațiile nu sunt încă unitare și sunt prea puțin numeroase pentru a putea trage concluzii. În domeniul terapiilor comportamentale, nu s-au putut totuși încă stabili diferențe în ceea ce privește efectele. Întrebarea "Ce acționează în terapia comportamentală a depresiei?" primește următorul răspuns din partea lui Zeiss și al. (1979) care au comparat efectele: terapia depresiei este eficientă:

- dacă pacientul primește o explicație bine fundamentată care îi arată posibilitățile sale de control în problema comportamentului și a depresiei;
- dacă se folosesc competențe care să permită găsirea soluției pentru problemele zilnice;
- dacă pacientul folosește aceste competențe și în afara ședințelor terapeutice;
- dacă terapia conduce pacientul în situația de a-și atribui ameliorarea.

Dintr-un punct de vedere mai general, momentele esențiale ce decurg din literatura clinică asupra noilor tratamente psihologice ale depresiei pot fi rezumate astfel:

- stabilirea unei legături de lucru solide, a unei analize a problemei și a unui plan teoretic;
- informare și clarificare în legătură cu depresia și tratamentul său;
- efort direcționat pe domeniile problematice principale după IPT, TCD sau TC;
- eventual o "reluare" pentru a consolida competențele câștigate.

6.1.3. Recomandări de tratament

În ceea ce privește alegerea tratamentului, trebuie mai întâi să remarcăm că cercetările și rezultatele prezentate în această secțiune nu contează decât pentru pacienții nespitalizați suferind

de o depresie majoră unipolară. Cu excepţia formelor uşoare ale depresiilor cronice, terapiile preferate pentru celelalte tulburări depresive şi cazurile grave sunt farmacoterapiile şi terapia electroconvulsivă. Unele tulburări de personalitate, depresiile atipice şi depresiile numite "rezistente la terapie" merită o atenţie diagnostică deosebită. Nu trebuie să uităm şi faptul că depresiile pot fi consecinţa unor boli fizice şi pot fi, de asemenea, asociate altor tulburări psihice (de exemplu fobii, obsesii/compulsii, tulburări borderline). Un diagnostic corect este deci de cea mai mare importanţă în această situaţie.

Atunci când o psihoterapie cu sau fără farmacoterapie este indicată, alegerea unei metode (IPT, TCD, TC) nu depinde doar de tipul principal de problemă psihologică şi de preferinţele pacientului, ci şi de oferta terapeutică şi nu poate fi stabilită decât în cazul particular. De fiecare dată când este posibil, această terapie n-ar trebui să fie o terapie oarecare, ci o terapie specifică a depresiei.

Nu putem omite să reamintim că tulburările depresive sunt tulburări cu risc de recădere şi că un tratament reuşit (psiho sau farmacoterapeutic) nu previne în mod necesar recăderea. Cunoştinţele noastre privind tratamentul pe termen lung şi prevenirea recăderilor sunt mai reduse decât ceea ce se ştie despre tratamentul de criză. Mai multe cercetări asupra acestei probleme sunt în desfăşurare şi, să sperăm, ne vor îmbunătăţi cunoştinţele. Acesta este un alt motiv care sugerează alegerea uneia din terapiile specializate ale depresiei.

7. Rezumatul recomandărilor de tratament

Pentru a încheia, este poate util să rezumăm într-un tabel recomandările de tratament pentru tulburările prezentate în acest capitol.

Să mai remarcăm faptul că recomandările pentru tratamentul tulburărilor specifice făcute în acest capitol sunt de asemenea susţinute de rezultatele obţinute de Grawe şi colaboratorii săi (Grawe, Donati şi Bernauer, sub tipar) cu ocazia inventarierii cercetărilor asupra eficienţei psihoterapiilor. Meyer şi al. (1991), după ce au examinat cercetările controlate asupra eficienţei procedeelor psihanalitice menţionate de Grawe şi al., ajung astfel la următoarea concluzie privind tulburările anxioase: "La pacienţii suferind de o simptomatologie anxioasă, terapia psihanalitică nu realizează o ameliorare semnificativă a simptomatologiei principale şi a bunei dispoziţii, ci schimbări în domeniul interpersonal".

	Psihoterapie	Farmacoterapie
1. Agorafobie cu panică	Procedee de expunere Antrenament pentru controlul anxietăţii Restructurare cognitivă	Benzodiazepine (tratament de criză) Antidepresive triciclice IMAO
2. Panică fără agorafobie	id.	id.
3. Agorafobie fără panică	Procedee de expunere	Antidepresive triciclice IMAO
4. Fobii specifice (simple)	Procedee de expunere Desensibilizare	Nici unul
5. Fobii sociale	Procedee de expunere Restructurare cognitivă Antrenamentul abilităţilor sociale	Antidepresive triciclice IMAO
6. Anxietate generalizată	Antrenamentul controlului anxietăţii	Benzodiazepine (tratament de criză) Antidepresive triciclice
7. Obsesii/compulsli	Procedee de expunere	Antidepresive triciclice
8. Episod de depresie majoră	Terapie cognitiv-comportamentală (TCD) Terapie interpersonală pentru depresie (IPT)	Antidepresive triciclice IMAO

Tabelul 19: Lista rezumat a tratamentelor recomandate în cazul tulburărilor menţionate în capitolul 3 (vezi şi Tyrer, 1989).

Alte elemente de luat în considerare în eventualitatea unei negocieri privind alegerea unei terapii pentru tulburările psihice nemenţionate în acest capitol, se găsesc în anexa 1, consacrată cercetării asupra psihoterapiei.

CAPITOLUL 4

Tulburări de somn, tulburări sexuale funcţionale şi probleme de cuplu

1. Tulburări de somn

Sigur vi s-a întâmplat deja să vă aşezaţi în pat după o zi obositoare, să nu puteţi adormi sau să vă treziţi şi să nu puteţi readormi. Dimineaţa a trebuit să vă sculaţi fără să vă simţiţi odihnit, nu eraţi în formă, eraţi poate prost dispus, şi vă era teamă de ziua lungă de muncă care vă aştepta sau aceasta vă făcea de-a dreptul anxios. Dacă sunteţi norocos, aceasta nu vi se întâmplă decât rar, şi atunci când se întâmplă, de exemplu ca urmare ca urmare a unor momente de stres deosebit, totul revine la normal imediat ce stresul de moment a dispărut. Este totuşi la fel de posibil ca o uşoară tulburare de somn să nu dispară prea repede, să dureze săptămâni, luni, chiar ani şi să devină o problemă. Ea poate, de altfel, să aibă şi alte cauze decât stresul sau conflictele personale. Tulburările de somn sunt multiple şi au cauze diverse.

1.1. Forme de tulburări de somn

Diferitele forme de tulburări de somn au fost descrise şi clasate de Association of Sleep Disorders Centers (ASDC, 1979). Schema de clasificare de bază distinge patru mari forme de tulburări de somn:

1. Insomniile: este vorba de tulburări privind adormirea şi persistenţa somnului presupunînd o lipsă de somn fie cantitativă, fie calitativă. Sunt deci tulburări de somn pe care limbajul cotidian le denumeşte tulburări de somn. Rolul jucat de factorii psihologici în dezvoltarea şi persistenţa tulburării este cel mai clar pentru acest grup de tulburări.
2. Hipersomniile sunt tulburari caracterizate printr-o tendinţă

irezistibilă spre adormire în timpul zilei (sau în afara perioadei principale de somn). Aici nu este vorba deci de o lipsă, ci de un exces de somn. Rolul cauzal al factorilor psihologici este în acest caz practic exclus.

3. Tulburările de ritm veghe/somn sunt modificări ale acestui ritm în comparaţie cu anturajul social. Pacientul se plânge că nu poate dormi atunci când are nevoie de somn sau doreşte să doarmă. Cauzele acestei tulburări pot fi variate, de exemplu schimbarea obiceiurilor de somn (decalaj de fus orar în călătorie, lucru de noapte), efectul medicamentelor sau deficienţe organice.

4. Parasomniile înglobează o serie de comportamente anormale care apar în timpul somnului, tulburări ale funcţiilor motrice sau vegetative, de exemplu frică nocturnă, somnambulism.

Aşa cum am amintit deja, rolul factorilor psihologici este cel mai evident în cazul insomniilor; în legătură cu aceste tulburări s-au dezvoltat şi s-au testat diferite intervenţii psihologice. Iată motivul pentru care ne vom limita în cele ce urmează la aceste tulburări.

1.2. Caracteristicile insomniilor

Plângerile pacienţilor suferind de tulburări de somn se referă mai întâi chiar la somn. Pacienţii se plâng astfel:

- că le este greu să adoarmă sau să se scoale în timpul nopţii sau prea devreme dimineaţa. Aceste momente de trezire sunt neplăcute, sunt însoţite adesea de frământări obsedante şi pot deveni extrem de penibile. În absenţa criteriilor obiective care să ne permită să spunem din ce moment perioada de trezire devine o tulburare, s-a fixat ca valoare indicativă o durată de timp mai mare de treizeci de minute;
- că au un somn agitat sau superficial care nu le dă sentimentul, dimineaţa, că au recuperat oboseala şi s-au odihnit;
- că nu dorm destul; durata totală de somn necesară prezintă diferenţe individuale şi, în absenta unui criteriu obiectiv, se admite o valoare indicativă de şase ore şi jumătate;
- că le este frică să nu piardă controlul somnului, frică să nu mai poată dormi, se tem că un somn de proastă calitate le poate afecta sănătatea.

La aceste lamentaţii privind somnul se adaugă cele care se referă la lipsa stării de confort fizic şi psihic în timpul zilei: senzaţii şi sentimente de oboseală, de incapacitate, de lipsă de dorinţă, de nemulţumire, de lipsă de elan şi de depresie. În legătură cu aceasta trebuie să remarcăm că sentimentul de incapacitate este foarte subiectiv, neputându-se constata în mod obiectiv şi consistent diminuări de randament.

1.3. Forme de insomnii

Insomniile se pot prezenta sub diferite forme şi pot avea cauze diverse. De aceea dăm aici câteva indicaţii ce pot fi utile şi care se orientează după clasificarea diagnostică ASDC (vezi mai jos).

1. Insomniile psihofiziologice, pe care le mai numim şi insomnii primare, sunt tulburări de somn care se datorează unei excitaţii emoţionale crescute sau unor conflicte psihice. Forma lor acută este de scurtă durată (în general mai puţin de trei săptămâni). Dacă situaţia stresantă sau conflictul persistă, pot apărea o aşteptare anxioasă şi apoi tulburări de somn cronice. Această formă de tulburare de somn reprezintă 20% din insomnii (după Coleman, 1983).

2. Tulburările de somn secundare pot însoţi tulburări psihiatrice, mai ales depresiile. Această categorie înseamnă 35% din insomnii.

3. 10% din insomnii rezultă din folosirea medicamentelor sau a alcoolului. Trebuie să precizăm că alcoolul şi barbituricele, care sunt foarte des folosite ca somnifere, antrenează o modificare a structurii somnului, de altfel foarte asemănătoare. După administrarea unei singure cantităţi mari de alcool, faza de somn paradoxal (REM), diminuată până în acel moment, este recuperată în a doua parte a nopţii sau în noaptea următoare. Aceasta nu se mai întâmplă însă în cazul unui consum cronic de alcool şi diminuarea fazelor de REM, cât şi diminuarea sau lipsa de somn profund persistă. La aceasta se adaugă adesea faze de trezire nocturne. Alcoolul este deci un somnifer prost, chiar dacă permite câteodată o adormire rapidă. Benzodiazepinele, ca de

exemplu Valium. Librium sau Temesta. au de asemenea un efect soporific pentru că au un efect relaxant. Dar acestea nu oferă un somn adevarat şi creeaza adesea o dependenţa după o administrare zilnică timp de 2 până la 3 săptămâni.

Unele forme de insomnii sunt asociate unor tulburări respiratorii ce însoţesc somnul (5%), altele sunt datorate miocloniilor nocturne (contracţii musculare), sau mişcărilor periodice ale membrelor inferioare în timpul somnului (15% pentru ambele situaţii), unor boli somatice (5%), unor modificari ale structurii somnului (5%) şi unor factori încă necunoscuţi (5%).

1.4. Originea şi dezvoltarea insomniilor primare

Primul factor care trebuie menţionat aici este o oarecare predispoziţie. Studii care compară persoanele care dorm normal cu cele suferind de tulburări de somn arată într-adevăr că ultimele se simt, pe toată durata vieţii lor, mai puţin bine, atât din punct de vedere psihic, cât şi fizic, şi că aveau deja mai des, încă din copilărie, un somn mai superficial. O oarecare labilitate vegetativă ar putea fi cauza pentru care aceste persoane sunt mai sensibile la stresurile tranzitorii şi reacţionează la ele mai rapid prin tulburări de somn. Datorită faptului că această labilitate vegetativă se regăseşte totuşi în egală măsură şi în alte forme de tulburări psihosomatice şi nevrotice, explicarea tulburării de somn cronice necesită un factor suplimentar.

Problemele nerezolvate ale vieţii cotidiene, profesionale sau private şi conflictele intrapsihice neelaborate, inconştiente, pot ridica nivelul de excitaţie şi da naştere unei "tensiuni psihice" nefavorabile adormirii. Hoffmann (1975) a propus un model psihanalitic pentru clasificarea şi etiologia tulburărilor de somn. El diferenţiază aici tulburările nevrotice cronice ale somnului cu conflicte internalizate (adică conflicte care sunt interiorizate sau dirijate spre interior) de cele ale căror conflicte sunt dirijate spre exterior. În cazul conflictului internalizat, somnul poate fi tulburat ca urmare a unei tematici de culpabilitate a Supraeului ("Nu pot să mă odihnesc"), datorită fricii în legătură cu regresia Eului legată de somn, sau datorită unor pulsiuni instinctuale acumulate incompatibile cu Eul. În cazul conflictelor dirijate spre exterior, un Eu imatur îşi adresează dorinţele mediului ambiant şi tulburarea de somn dă naştere unui beneficiu de boală secundară (de exemplu se obţine atenţia celuilalt).

Faptul că probleme personale şi cotidiene nerezolvate, ca urmare a unei lipse de aptitudine pentru rezolvarea problemelor sau pentru controlul stresului, pot fi asociate cu tulburările de somn a fost pus în evidenţă de mai multe cercetări. Dat fiind faptul că aceste cercetări sunt studii transversale, nu este totuşi clar dacă este vorba în această situaţie de cauză sau de un simplu efect al tulburărilor de somn.

Cauza genezei şi persistenţei insomniilor primare este astăzi văzută în general în nivelul de excitaţie fiziologică şi/sau cognitivă crescut care îşi găseşte originea în conflicte interioare, situaţii de stres, comportamente incompatibile cu somnul şi aşteptarea anxioasă a unei nopţi cu somn tulburat.

1.5. Tratamentul insomniilor

1.5.1. Tratamentul farmacologic

Barbituricele nemaifiind practic prescrise astăzi din cauza nocivităţii lor şi a efectelor secundare nedorite, somniferele cele mai răspândite astăzi sunt benzodiazepinele, numite şi tranchilizante, datorită efectului care favorizează somnul. Clinicienii şi farmacologii sunt totuşi unanimi în a spune că administrarea lor prelungită poate modifica structura somnului, că ele nu oferă un somn de recuperare, diminuează performanţa şi produc dependenţă. Benzodiazepinele nu suprimă de altfel nici cauzele tulburărilor de somn. Folosirea lor nu are sens decât pentru un tratament de scurtă durată şi ar trebui să se limiteze la doza eficientă minimă (Borbély, 1986). Acest fapt reînnoieşte importanţa terapiilor psihologice pentru tulburările de somn.

1.5.2. Tratamentul psihologic al tulburărilor de somn

Pentru a caracteriza diferitele procedee psihologice utilizate în tratamentul tulburărilor de somn, este util să distingem abordările mai restrânse, sau centrate pe simptome, şi abordările mai largi care includ problemele şi conflictele ce însoţesc

tulburarea. Din primul grup fac parte diversele procedee de relaxare, prescripţia paradoxală, cât şi controlul stimulului. Cel de-al doilea cuprinde diversele procedee vizând rezolvarea conflictelor şi intervenţiile centrate pe probleme de origine cognitiv-comportamentală.

1.5.3. Procedeele centrate pe simptom

1.5.3.1. Metodele de relaxare

Punctul de plecare comun pentru aplicarea diferitelor metode de relaxare, cum ar fi training-ul autogen, relaxarea progresivă sau biofeedback-ul, este presupunerea că aceste tulburări se datorează unei activări fiziologice inadecvate, care poate fi redusă în mod optim prin metode de relaxare. Învăţarea metodei cere o iniţiere de durată mai lungă sau mai scurtă, în funcţie de procedeu şi de pacient, dar necesită totdeauna o practicare regulată. O dată relaxarea obţinută, procedeul se aplică înainte de a adormi sau în timpul trezirilor nocturne. Eficienţa acestor metode a fost testată şi stabilită prin mai multe cercetări, nici una din ele nefiind superioară celeilalte. Este surprinzător şi interesant să aflăm că cercetarea asupra factorilor responsabili de aceste efecte n-a stabilit că o ameliorare a simptomelor este însoţită de o reducere măsurabilă a tensiunii corporale. În consecinţă, este posibil ca exerciţiile de relaxare să-şi datoreze eficienţa faptului că atenţia centrată pe procesele corporale întrerupe frământările privind tulburările de somn - aceste procedee acţionau deci la nivelul cognitiv. Woolfolk & McNulty (1983) au putut, de altfel, să arate că activarea reprezentărilor agreabile sau neutre ameliorează tulburările de somn fără să fie nevoie de nici o relaxare.

1.5.3.2. Prescripţia paradoxală

Întreruperea frământărilor privind absenţa somnului joacă de asemenea un mare rol în această metodă, care a fost dezvoltată de Frankl (1960). Ideea de bază este că voinţa de a dormi antrenează o aşteptare anxioasă, care face somnul imposibil şi întăreşte simptomele. Este deci vorba de a ne distanţa de această voinţă de a adormi. Pacientul este în consecinţă instruit

să urmărească nu adormirea, ci contrariul: să rămână treaz şi să observe reacţiile corporale. Eficienţa prescripţiei paradoxale a fost stabilită printr-o cercetare a lui Turner & Asher (1979), în care autorii au comparat prescripţia paradoxală, controlul stimulului, relaxarea progresivă, placebo şi grupul pus pe lista de aşteptare într-un tratament al pacienţilor suferind de tulburări de somn cronice. În toate grupurile terapeutice, autorii au putut constata o ameliorare a evaluării subiective a somnului şi o diminuare privind folosirea somniferelor.

1.5.3.3. Controlul stimulului

Metoda numită a controlului stimulului dezvoltată de Bootzin (1972) se bazează pe analiza operantă a somnului şi a tulburărilor acestuia. Adormirea este concepută ca un comportament instrumental care provoacă comportamentul de somn. Stimulii asociaţi somnului (camera de culcare, patul, ambianţa) devin astfel stimuli indicatori ai somnului care, la rândul lor, devin nişte întăritori. Tulburările de somn pot deci să-şi aibă originea în absenţa stimulilor indicatori de somn marcaţi şi/sau în prezenţa unor stimuli şi comportamente incompatibile cu somnul. Atunci când o persoană citeşte adesea în pat, meditează asupra unor lucruri, priveşte la televizor, bea etc., acest context al somnului devine un stimul indicator nu pentru somn, ci pentru lectură, meditaţie şi alte activităţi inhibitoare pentru somn. Tratamentul tulburărilor de somn necesită deci o analiză şi o modificare a acestor condiţii de stimulare. Scopul tratamentului constă în:

- întărirea stimulilor indicatori ai somnului (patul);
- diminuarea stimulilor indicatori de comportamente ncompatibile cu somnul;
- ajutarea pacientului să-şi regleze ritmul veghe-somn.

Pentru a realiza acest scop şi pentru a câştiga obiceiuri de somn stabile, pacientul ar trebui deci să ţină cont de următoarele reguli:

1. să nu se aşeze în pat decât atunci când este obosit, gata să doarmă;
2. să nu folosească patul decât pentru a dormi sau pentru activităţile sexuale şi nu pentru a citi acolo, pentru a privi la

televizor. pentru a medita etc.:

3. dacă după zece minute nu poate să adoarmă, să se scoale, să schimbe camera, să rămână în picioare atât timp cât doreşte şi să nu se aşeze din nou în pat decât atunci când se simte pe punctul de a adormi;

4. Dacă tot nu reuşeşte să adoarmă în cele zece minute, să repete ceea ce s-a spus la punctul 3;

5. să se scoale în fiecare dimineaţă la aceeaşi oră, indiferent de numărul de ore de somn şi de starea de oboseală;

6. să nu doarmă în timpul zilei, să se abţină să-şi facă siesta şi să evite să somnoleze.

Tratamentul s-a dovedit că ameliorează perioada de adormire, durata de somn şi dispoziţia pe care o ai la sculare (Bootzin & Nicassio, 1978). În ceea ce priveşte eficienţa diferitelor componente ale procedeului, cercetările sugerează că ea nu se explică doar prin întreruperea meditaţiei privind absenţa somnului. Mai mult încă, se pare că incitarea la a se scula este trăită ca adversativă sau chiar antrenează o lipsă de somn care ameliorează somnul ulterior.

1.5.4. Procedee centrate pe probleme şi conflicte

1.5.4.1.Procedee centrate pe conflicte

Procedeele centrate pe conflict, aşa cum sunt terapiile psihanalitice şi terapia rogeriană, sunt menţionate aici deoarece sunt recomandate adesea pentru tratamentul tulburărilor de somn. Ele se bazează pe presupunerea că aceste tulburări ar fi simptomul unui conflict psihic intern a cărui prelucrare psihodinamică ar avea drept consecinţă dispariţia tulburării de somn. Nu sunt puţine situaţiile când se observă cum conflicte intrapsihice pot genera tulburări de somn şi cum rezolvarea acestora le face să dispară. Dar trebuie să spunem că, până în prezent, nici psihanaliza, nici terapia rogeriană n-au propus un procedeu specific pentru tratarea tulburărilor de somn. Şi nici nu s-a publicat vreo cercetare sistematică care să dovedească eficienţa acestor terapii în tulburările de somn, cu excepţia studiului lui Engel-Sittenfeld, Engel, Huber & Zangl (1980). Acest

studiu a comparat efectele obţinute la pacienţii suferind de tulburări de somn cronice prin terapia rogeriană (cincisprezece zile), training autogen şi biofeedback. Nu s-au constatat decât efecte modeste şi nu s-au găsit diferenţe între diferitele metode de tratament.

1.5.4.2. Metodele cognitiv-comportamentale

Contrar metodei psihanalitice care pleacă de la conflicte intrapsihice, procedeul cognitiv-comportamental pleacă direct de la tulburare. Dar el merge mai departe ţinând cont, într-o a doua fază, de celelalte probleme ale situaţiei. Este un aspect considerat esenţial, deoarece experienţa arată că tulburările de somn pot fi complexe şi pot fi însoţite de probleme din mai multe domenii ale comportamentului. Din această cauză, este important să trecem la o analiză detaliată a comportamentului individual.

Ca exemplu vom prezenta aici programul de tratament al tulburărilor de somn propus de Hohenberger & Schindler (1984). El ţine cont de condiţiile menţionate mai sus şi, în plus, autorii au evaluat efectele sale.

În afara examenului medical, care are drept scop să excludă eventualele cauze somatice, acest program conţine faze şi activităţi rezumate în tabelul 20.

Eficienţa acestui program a fost testată de autori într-o cercetare pe 24 pacieţi suferind de tulburări de somn cronice. Planul experienţei a permis explorarea efectelor derulării secvenţiale a fazelor terapeutice A şi B.

Din cei 24 de pacienţi care nu mai luau medicamente la începutul terapiei, 11 au urmat un program după secvenţa A-B, 13 după secvenţa B-A. Analizele comportamentului fiind făcute individual (şedinţele 1-3), şedinţele terapeutice au fost făcute în grupuri mici, conduse de doi terapeuţi, timp de patru luni. Schimbările au fost observate prin chestionare privind timpul de adormire, durata somnului, comportamentul de somn, starea generală, capacitatea de relaxare în situaţii stresante, tendinţa spre depresie, cât şi cu ajutorul unui jurnal redactat în timpul terapiei. Chestionarele au fost prezentate înainte şi după terapie şi încă timp de şase luni după aceea. În comparaţie cu grupul dee control (lista

I. Analiza comportamentului

Prima şedinţă : prima întâlnire
- prezentare generală a simptomatologiei
- informaţii despre terapie

A 2-a şedinţă : comportamentul privind somnul
- etiologie
- analiza funcţională a tulburărilor actuale

A 3-a şedinţă : situaţii de viaţă
- analiza sistematică a diferitelor domenii de viaţă în funcţie de componentele stresului
- analiza diferenţelor în ceea ce priveşte starea de fapt şi cea dorită
- planificarea scopurilor

II. Faza terapeutică A (măsuri favorizând somnul)

A 4-a şedinţă: antrenament de relaxare
- transmiterea de informaţii despre somn
- antrenament de relaxare corporală după Jacobson

A 5-a şedinţă: structurarea zilei
- antrenament de relaxare
- elaborarea şi determinarea unui ritm veghe/somn adecvat

A 6-a şedinţă: control cognitiv
- antrenament de relaxare
- antrenament pentru control cognitiv (oprirea gândului, restructurare cognitivă)

A 7-a şedinţă: antrenament de imaginaţie
- antrenament de relaxare
- antrenament pentru imagerie pozitivă relaxantă (*positive imagery*)

III. Faza terapeutică B (modificarea contextului de viaţă)

A 8-a şedinţă: antrenament pentru câştigarea de competenţe sociale
- să valorizeze revendicările justificate
- să înceapă şi să întreţină o conversaţie

A 9-a şedinţă: dezvoltarea de activităţi plăcute
- elaborarea de programe de autocontrol

A 10-a şedinţă: controlul stresului
- abilităţi de rezolvare a problemelor
- rezolvare de conflicte

A 11-a şedinţă: încetarea progresivă a terapiei
- elaborarea de programe de autocontrol suplimentare
- concluzie privind terapia

Tabelul 20: *Program pentru tratamentul tulburărilor de somn* (uşor lărgit după Hohenberger & Schindler, 1984).

de aşteptare), rezultatele obţinute de pacienţii trataţi imediat după terapie arată o ameliorare a duratei somnului, a timpului de adormire şi a obiceiurilor de somn. Totuşi fazele de trezire nocturnă şi atitudinea faţă de somn nu prezentau nici o schimbare. În ceea ce priveşte starea de bine din timpul zilei şi gradul de stres, nu s-a observat nici o schimbare semnificativă, spre deosebire de reacţia la stres şi de tendinţa spre depresie. Pentru formele de aplicare ale tratamentului (A-B; B-A) nu s-au găsit diferenţe imediat după tratament. Şase luni mai târziu totuşi, grupul A-B (care a primit mai întâi tratamentul centrat pe simptom) s-a dovedit superior. Este un indiciu nou pentru avantajul de a începe un tratament centrându-l pe simptom, adică prin măsuri favorizând somnul (mai degrabă decât prin abordarea conflictelor).

1.6. Recomandări de tratament

Pentru a termina această prezentare a tratamentului psihologic al tulburărilor de somn să subliniem că acesta trebuie să fie totdeauna precedat de un examen medical pentru a exclude eventualele cauze somatice. Tratamentul, pentru care o igienă a somnului este de o mare importanţă, se poate face cu ajutorul mai multor procedee (relaxare, prescripţie paradoxală, controlul stimulului, program de terapie cognitiv-comportamentală). Ele ar trebui totuşi să fie alese, planificate şi realizate de către un terapeut care are experienţă în tratamentul tulburărilor de somn. Să mai remarcăm că procedeele cognitiv-comportamentale dau rezultate bune şi la persoanele în vârstă.

2. Tulburări sexuale funcţionale

2.1. Descrierea tulburărilor

După cum arată experienţa şi, de asemenea, după cum reiese din programele de tratament al tulburărilor sexuale ale lui Masters & Johnson (vezi mai jos), există o legătură strânsă între problemele sexuale, problemele de cuplu şi problemele individuale. Ne putem întreba deci dacă este adecvat să tratăm separat tulburările sexuale funcţionale şi tulburările conjugale şi de cuplu. Sigusch (1975), de exemplu, găseste eronată concepţia după care

"ar exista ceva cum ar fi terapia sexuală *sui generis* sau tulburări sexuale concepute ca o entitate morbidă separată". Arentewicz & Schmidt (1980) sunt de părere, ca şi mulţi alţi autori, că este vorba de două faţete ale aceleiaşi piese. Dacă tratăm aici aceste probleme separat, este din cauză că mulţi pacienţi se plâng de probleme şi de tulburări sexuale. Tratamentul acestor tulburări nu ţine doar de psihoterapie, ci este vorba de o terapie specializată în funcţie de simptom; ea presupune deci o oarecare specificitate.

În ceea ce priveşte terminologia, să semnalăm că în ţările de limbă germană terminologia adoptată ca urmare a unei propuneri a lui Sigusch (1980) este următoarea:

- "disfuncţiile sexuale" sunt tulburări funcţionale ale sexualităţii datorate unor factori organici;
- "tulburările sexuale funcţionale" sunt tulburări pentru care presupunem cauze psihice;
- "tulburările funcţiilor sexuale" cuprinde ansamblul tulburărilor din cele două grupe precedente.

În Franţa se vorbeşte în general de tulburări sau de "disfuncţii sexuale", specificându-se eventual etiologia somatică sau psihologică (vezi Poudat şi Jarrousse, 1992).

O descriere mai amănunţită a acestor tulburări şi a clasificării lor ar depăşi cadrul aceestei lucrări (vezi în legătură cu acest subiect Arentewicz & Schmidt, 1986; Zimmer, 1985; Poudat & Jarrousse, 1992). Dar ne-ar plăcea să prezentăm informaţiile necesare pentru tema noastră folosind o scurtă descriere a clasificării lor după DSM-III-R. Vom prezenta mai întâi o privire generală şi vom caracteriza apoi mai în detaliu tulburăriile sexuale funcţionale.

Tulburările sexuale sunt împărţite în două grupe în DSM-III-R:

1. Parafiliile sunt caracterizate prin "apariţia unei excitaţii ca răspuns la obiecte sexuale sau la situaţii care nu fac parte din modelele normale de stimulare şi care sunt susceptibile, în grade diferite, să interfereze cu capacitatea subiectului de a avea o activitate sexuală însoţită de afecţiune şi de reciprocitate".

2. Disfuncţiile sexuale se disting printr-o "inhibiţie fie a dorinţei sexuale, fie a modificărilor psihofiziologice inerente unei derulări a răspunsului sexual". Tabelul 21 prezintă o vedere de ansamblu a diferitelor categorii.

Parafilii	Disfuncţii sexuale
Exhibiţionism	Scăderea dorinţei sexuale (tulburare)
Fetişism	Aversiune sexuală (tulburare)
Frotism	Tulburare a excitaţiei sexuale la femeie
Pedofilie	Tulburare a excitaţiei sexuale la bărbat
Masochism sexual	Inhibiţia orgasmului la femeie
Sadism sexual	Inhibiţia orgasmului la bărbat
Travestism fetişist	Ejaculare precoce
Voaieurism	Dispareunie (senzaţie de arsură sau de înţepătură în timpul relaţiilor sexuale)
Parafilii nespecifice	Vaginism (spasme ale musculaturii vaginale)

Tabelul 21: *Vedere de ansamblu privind tulburările sexuale* (v. DSM-III-R).

Aşa cum arată tabelul 22, în DSM-III tulburările sexuale sunt descrise cu referire la desfăşurarea ciclului reacţiei sexuale. Diagnosticul unei tulburări se face în funcţie de criteriile diagnostice explicite şi conţine informaţii privind condiţiile apariţiei sale, frecvenţa, durata şi gravitatea. Deşi această clasificare este mai diferenţiată decât de cea din CIM-9, ea este socotită încă prea generală. Alternativă propusă este "un sistem multiaxial orientat în funcţie de problemele tulburărilor sexuale funcţionale" (Schover şi al., 1982).

2.2. Frecvenţa tulburărilor sexuale funcţionale

Informaţiile privind frecvenţa tulburărilor sexuale funcţionale trebuie luate în considerare cu prudenţă, pentru că există relativ puţine cercetări în legătură cu acest subiect. Mai mult, cercetările existente au folosit criterii de clasificare diverse (DSM-III nu există decât din 1980) şi unele prezintă lacune metodologice. Totuşi studii mai recente prezintă informaţii interesante.

Faptul că majoritatea bărbaţilor şi femeilor cunosc perioade ce implică o simptomatologie sexuală este un fapt care reiese din mai multe studii: pentru bărbaţi, Schnabl (1973) avansează un

Faze	Tulburări sexuale funcţionale	
	Tulburări la bărbat	*Tulburări la femeie*
1. Apetit	Inhibiţie puternică şi durabilă a dorinţei sexuale Anxietăţi sexuale, aversiuni	
2. Excitaţie	Tulburări de erecţie: putere şi durată insuficiente pentru un raport sexual satisfăcător	Tulburări de excitaţie: putere şi/sau durată insuficiente pentru un raport sexual satisfăcător
3. Orgasm	Ejaculare precoce: expulzarea spermei înainte, în timpul sau imediat după introducerea penisului Absenţa ejaculării după o fază de excitaţie normală Ejaculare fără orgasm: expulzarea spermei fără plăcere sau senzaţia de orgasm	Vaginism: spasm al musculaturii de la intrarea în vagin care face penetrarea dureroasă sau imposibilă Întârziere persistentă sau repetată, sau asenţa totală a orgasmului după o fază de excitaţie normală
	Dureri genitale persistente sau reiterate (dispareunie): arsuri precoce, la femeie şi spasme care seamănă cu dureri	
4. Concluzie	În locul unei senzaţii de bine şi de relaxare generală: tensiune, nelinişte, senzaţie de jenă, iritabilitate, tulburări de somn, depresie etc.	

Tabelul 22: *Tulburări sexuale funcţionale apărute în diferitele faze ale ciclului de reacţie sexual.*

procent de 73% şi Hunt (1974) chiar 87%; pentru femei, acest procent este de 48% după Schnabl şi 88% după Arentewicz & Schmidt (1980). Aceste simptome nu sunt însoţite în mod necesar de o mai mare insatisfacţie; este ceea ce reiese dintr-un studiu al lui Hoch şi al. (1981) în care 60% din femeile din cupluri fericite spuneau că au cunoscut perioade în timpul cărora le era dificil să aibă orgasm. Aşa cum remarcă Zimmer (1985), trăirea vieţii sexuale poate fi deci tulburată la majoritatea bărbaţilor şi femeilor "fără ca acest lucru să se transforme într-o simptomatologie

cronicizată". Probleme cronice au fost depistate de Schnabl (1973) la 13% din femei în legătură cu un apetit foarte diminuat, la 9% din femei în legătură cu trăirea orgasmului şi la 13% din bărbaţi în legătură cu probleme sexuale generale.

O altă întrebare este aceea în legătură cu numărul de persoane care consultă un medic din cauza problemelor lor sexuale. În legătură cu acest subiect dispunem de mai multe lucrări mai recente. Buddeberg (1983) relatează că 163 medici elveţieni spuneau că 4% din pacienţii lor îi consultau mai ales din cauza simptomelor sexuale. Ca urmare a unor anchete sistematice făcute în cabinete medicale selectate, acest autor a aflat în plus că cel puţin 29% din femei şi 25% din bărbaţi sufereau de tulburări sexuale funcţionale. După Arentewicz & Schmidt (1980), doar în oraşul Hamburg mai mult de 1 000 de pacienţi consultă în fiecare săptămână un medic pentru probleme sexuale evidente. O anchetă făcută pe un eşantion reprezentativ de 51 ginecologi olandezi a arătat că 7,2% din pacientele cu probleme ginecologice aveau probleme sexuale (Frenkel & van Tol, 1987). La Toronto, Littman & Arnot (1987) au găsit într-o anchetă făcută pe un număr de 2 059 profesionişti din domeniul sănătăţii (medici de familie, urologi, psihologi, consilieri familiali) că, în medie, 8,6% din pacienţi manifestau probleme sexuale funcţionale. Bineînţeles, aceste cifre nu sunt decât estimări minimale, deoarece, aşa cum arată studiile lui Buddeberg (1983) şi Eicher (1984), toţi pacienţii cu probleme sexuale nu vorbesc despre acestea cu medicul lor (după Eicher doar 1 din 5).

Frecvenţa diferitelor grupe diagnostice ale tulburărilor sexuale funcţionale a constituit, de asemenea, obiectul mai multor studii. În ancheta sa extinsă şi valabilă din punct de vedere metodologic, efectuată în fosta RDG, Schnabl a găsit că 25% din femeile chestionate nu aveau niciodată sau doar foarte rar orgasm, 20% din bărbaţi se plângeau de o erecţie insuficientă şi 30% de ejaculare precoce. Nathan (1986) a reanalizat rezultatele a 22 de studii privind frecvenţa şi distribuţia tulburărilor sexuale funcţionale după categoriile din DSM-III. El ajunge la următoarele cifre: orgasm feminin inhibat 5-30%, orgasm masculin inhibat 5%, ejaculare precoce 35%, apetit sexual inhibat 1-15% la bărbat şi 1-35% la femeie. În ceea ce priveşte problemele de apetit, trebuie să remarcăm că mai mulţi autori atrag atenţia asupra frecvenţei lor

crescute. După Schover & Lo Piccolo (1982), numărul de cupluri cu probleme de apetit sexual a crescut, din 1971 pînă în 1982, de la 30% la 50%. McCarthy (1984) estimează că problemele de apetit constituie până la 30% din motivele consultaţiei şi le consideră ca fiind "problema sexuală a anilor '80".

Pentru a încheia, să repetăm că în materie de frecvenţă a tulburărilor sexuale funcţionale cifrele menţionate "ar trebui considerate ca fiind estimările cele mai bune disponibile în prezent" (Fahrner & Kockott, 1990). Vom împărtăşi punctul de vedere al acestor autori spunând: "Numărul exact în legătură cu acest subiect nu este, de altfel, la fel de important ca tendinţa care arată că tulburările sexuale sunt totuşi probleme destul de frecvente".

2.3. Abordări privind geneza şi tratamentul tulburărilor sexuale funcţionale

Aşa cum tocmai am văzut, tulburările sexuale funcţionale sunt probleme destul de frecvente. Senzaţiile, sentimentele, conflictele intrapsihice şi interumane joacă un rol important în geneza şi persistenţa lor. Mai multe şcoli psihoterapeutice au emis observaţii şi aprecieri interesante privind geneza şi tratamentul lor, aşa cum putem constata parcurgând literatura în legătură cu terapia nondirectivă, *Gestalthterapia* şi terapia primală, bioenergia şi abordările sistemice. Teoriile etiologice şi terapeutice propuse de aceste şcoli suferă totuşi de lacune importante. Ne vom limita deci aici la cele două abordări cele mai solide din punct de vedere teoretic, adică la aceea a psihanalizei şi aceea a terapiei comportamentale.

2.3.1. Abordarea psihanalitică

2.3.1.1. Despre geneza tulburărilor

După teoria psihanalitică, tulburările sexuale sunt concepute ca fiind simptomele nevrozelor clasice, adică nişte simptome care sunt expresia unui conflict mai profund şi inconştient, cu originea în problemele nerezolvate din copilăria mică. Acest conflict de bază poate cuprinde probleme diverse în funcţie de faza de dezvoltare în care problemele primei copilării n-au putut fi soluţionate sau au fost refulate. Problemele

nerezolvate ale fazei orale (de exemplu experienţele traumatice în legătură cu separarea sau pierderea) pot astfel să perturbe experienţa intimităţii corporale ulterioare şi să antreneze probleme de apetit şi de dorinţă. Conflictele refulate ale fazei oedipiene pot duce în diferite moduri la tulburări în relaţiile dintre parteneri şi la o sexualitate inhibată. Pentru a nu da decât două exemple, vom cita pe Becker (1973), care prezintă un rezumat al celor mai frecvente conflicte, ce constituie baza tulburărilor sexuale funcţionale la bărbat şi la femeie. La femeie, una din consecintele pe care le antrenează o fixaţie în legătură cu tatăl este descrisă de Becker astfel:

> "Dacă tatăl este păstrat în mod secret ca obiect de dragoste, orice partener ulterior nu este decât un slab surogat şi în final nesatisfăcător. Deşi aceste femei îşi aleg în general un soţ slab, ele visează la un bărbat puternic, brutal, care să le subjuge. Ele reproşează partenerului lor că este slab şi, din decepţie şi răzbunare, reacţionează printr-o diminuare a sentimentelor şi o lipsă de excitabilitate".

După teoria psihanalitică, problemele nerezolvate ce însoţesc ejacularea precoce îşi au originea în atitudinea mai degrabă feminină-pasivă faţă de sexualitate şi în sentimente şi tendinţe inconştiente ostile faţă de femei:

> "În spatele unei atitudini respectuoase şi idealizante faţă de femeie, care îi permite să fie în mod deosebit prudent în abordările sale, se găsesc sentimente şi tendinţe inconştiente ostile faţă de femeie care provin din relaţia preoedipiană cu mama. Prin ejacularea precoce a spermei, bărbatul nu răneşte de fapt femeile, dar nici nu le satisface; dat fiind faptul că scurgerea spermei este receptată ca murdărire a femeii, impulsurile anal-agresive îşi găsesc satisfacţia".

2.3.1.2. Terapia psihanalitică a tulburărilor sexuale funcţionale

Aşa cum s-a descris mai sus, tulburările sexuale funcţionale, din perspectivă psihanalitică, nu prezintă nimic specific

care le-ar distinge de structura altor tulburări nevrotice. Acesta este motivul pentru care nu există nici tratament specific psihanalitic pentru aceste tulburări. Ele sunt tratate la fel ca celelalte simptome nevrotice, adică prin interpretarea şi elaborarea materialului conflictual ce apare în timpul terapiei. Se presupune deci că rezolvarea conflictului de bază inconştient face inutilă tulburarea şi astfel o face să dispară. Becker (1975) descrie acest proces astfel:

> "În timpul tratamentului psihanalitic conflictele care se găsesc la baza simptomului şi componentele sale pulsionale şi defensive sunt descoperite şi formulate; adică sunt făcute din nou accesibile conştiinţei. Eul conştient, prin funcţia sa sintetică, accede astfel la posibilitatea de a stabili un echilibru intrapsihic mai bun şi o mai bună adaptare la realitate şi poate renunţa la stabilizare prin simptom. Pentru tulburările funcţiei sexuale, aceasta înseamnă că o dată cu formularea conflictelor patogene, pericolele care ameninţă Eul prin intermediul activităţii sexuale sau prin cel al partenerului sexual sunt eliminate sau cel puţin nu mai sunt atât de acute. Excitaţia şi satisfacţia sexuală nu mai trebuie astfel inhibate, ci pot să se dezvolte".

Să mai menţionăm, pentru a concluziona, că o astfel de terapie psihanalitică a tulburărilor sexuale funcţionale nu trebuie în mod necesar să se facă sub formă de analiză clasică, ci propunem şi procedee mai scurte şi mai active. În legătură cu aceasta, Zimmer (1985) remarcă: "Este probabil că din cauza unor experienţe terapeutice insuficient de satisfăcătoare sau din cauza cheltuielilor ridicate ale formelor clasice de tratament analitic (Moore, 1969), autorii analitici au acceptat să rezolve conflicte vechi prin exerciţii în prezent" (Kaplan, 1974, 1979); Sager, 1974; Willi, 1981). Vom reveni ulterior asupra acestei probleme.

2.3.2. Abordarea comportamentală

Concepţiile comportamentale privind geneza şi tratamentul tulburărilor sexuale funcţionale îşi au originea în primele studii ale lui Wolpe (1958), Lazarus (1963), cât şi în lucrările lui Masters & Johnson (1979). În afară de problemele clinice, Wolpe şi Lazarus s-au interesat în principal de procesele de învăţare. Masters &

Johnson şi-au dezvoltat programul terapeutic în cadrul clinicii sexologice şi al cercetărilor lor privind comportamentul sexual normal (vezi Huber, 1976).

2.3.2.1. Geneza şi persistenţa tulburărilor

Pentru terapia comportamentală contemporană, problemele sexuale au şi ele o istorie, în special o istorie a învăţării. Experienţele în domeniul sexualităţii şi al relaţiilor interumane din familia de origine pot juca un rol important. Diferenţa în raport cu abordarea psihanalitică s-ar putea observa în faptul că aceasta se orientează în principal în funcţie de ipotezele privind stadiile precoce ale copilăriei şi fanteziile inconştiente, în timp ce abordarea comportamentală încearcă să prezinte geneza şi persistenţa tulburărilor pornind de la o schemă care deosebeşte mai clar factorii declanşatori de factorii de menţinere şi se referă, pentru a explica istoria dezvoltării, atât la datele empirice, cât şi la procesele de învăţare clasică, operantă şi cognitivă. Mai mult, abordarea mai recentă a terapiei comportamentale consideră tulburările sexuale nu numai ca probleme individuale, ci se foloseşte de asemenea de modelele teoriei sistemelor pentru a înţelege mai bine interacţiunea partenerilor.

Printre diferitele condiţii care favorizează tulburările sexuale funcţionale din perspectiva abordărilor comportamentale, putem distinge (după Zimmer, 1985), în afara factorilor somatici (boli, tulburări de sistem hormonal, efectele medicamentelor şi ale substanţelor adictive), două grupe de condiţii: experienţele de învăţare din trecut şi condiţiile actuale.

Printre experienţele de învăţare din trecut, vom distinge cele din prima copilărie şi din copilăria târzie, cât şi cele din adolescenţă. Experienţele care au marcat imaginea de sine, relaţiile cu ceilalţi (mai ales cu cei de sex opus) şi imaginea sexualităţii sunt de primă importanţă. O imagine negativă de sine (de exemplu ca neprietenoasă), a sexualităţii (de exemplu ca periculoasă, interzisă, murdară) se poate forma foarte devreme, fără să fi fost corectată pe parcursul dezvoltării ulterioare. Sentimentele şi idealurile noastre, chiar şi modul în care le trăim, se leagă de această perioadă. Ele s-au putut dezvolta într-un mod care duce la tulburări în materie de sexualitate şi de cuplu. Toate aceste condiţii, pe care ar trebui bineînţeles să le descriem mult

mai în detaliu, ceea ce nu este posibil să facem aici (vezi Zimmer, 1985; Poudat & Jarrousse, 1992), trebuie supuse unei analize a comportamentului.

Condiţiile actuale privind mai ales factorii declanşatori ai excitaţiei sexuale, lipsurile în comportamentul de contact şi de comunicare, informaţia insuficientă, orientări de valoare nesigure (ce se poate şi ce trebuie să facem?), experienţe nefericite, probleme relaţionale şi de cuplu; toate aceste condiţii pot juca un rol mai mult sau mai puţin important. La fel de importante, în acest context, sunt experienţele de abuz sexual în copilărie, experienţele de viol (experienţe iniţiale sau condiţii actuale) care privesc aproape exclusiv femeile. În ceea ce priveşte această ultimă problemă, este cazul eventual să ne gândim la o terapie specifică.

Condiţiile mai sus menţionate pot acţiona direct sau indirect, izolat sau combinat şi chiar să interacţioneze pentru a da naştere unei prime experienţe anormale. Această problemă poate fi rezolvată sau poate să se dezvolte mai mult. Este de asemenea posibil ca o experienţă anormală să-şi piardă importanţa şi să dispară datorită unei reacţii şi a unei atitudini comprehensive a partenerului. Dar este de asemenea posibil ca această primă experienţă anormală să ducă la o aşteptare anxioasă care o întăreşte şi care antrenează o autoobservaţie crescută care, la rândul ei, amplifică tulburarea. Astfel tulburarea se consolidează printr-un mecanism de autoîntărire, devine, putem spune, autonom, adică independent de condiţiile care au declanşat-o iniţial. Această dezvoltare şi această persistenţă a tulburării nu depind bineînţeles doar de reacţia partenerului, ci şi de trăsăturile de caracter ale pacientului, ca de exemplu stima de sine, insecuritatea personală, cât şi reprezentările privind viaţa sexuală.

Verificarea acestor ipoteze a dat naştere mai multor lucrări pe care Zimmer (1985) le-a rezumat şi evaluat în mod critic.

2.3.2.2. Terapia tulburărilor

În perioada genezei şi a persistenţei tulburărilor sexuale funcţionale, anxietatea privită ca reacţie condiţionată negativă la stimulii sexuali pare să joace un rol central. Acesta este motivul pentru care aceste tulburări pot fi concepute ca tulburări fobice de către terapia învăţării. Pentru a le trata s-a propus, în consecinţă,

terapia la modă în epocă pentru fobii, adică desensibilizarea sistematică (Wolpe, 1958). Aceasta a fost aplicată sub formă de desensibilizare *in sensu*: pacientul în stare de relaxare îşi reprezintă progresiv situaţii mai încărcate de anxietate care îşi pierd astfel în cursul tratamentului caracterul de declanşator de anxietate. Apoi s-a adăugat forma de desensibilizare *in vivo*, în timpul căreia pacientul primeşte sugestia să nu avanseze în comportamentul său sexual decât atât timp cât îi face plăcere şi până unde este posibil fără să apară anxietatea. Aceasta presupune bineînţeles o analiză comportamentală prealabilă şi colaborare din partea partenerului sexual. Au fost astfel obţinute rezultate bune în relativ puţine şedinţe (zece-treisprezece).

Aceste procedee foarte centrate pe simptom şi individ au fost extinse progresiv prin introducerea unor aspecte interacţionale (de exemplu Stuart, 1969) şi prin contribuţia lui Masters & Johnson (1970). Terapia sexuală a acestor autori n-a fost de fapt prezentată drept tratament comportamental, dar principiul şi strategiile se pot recunoaşte în ipotezele psihologiei învăţării. Ele vizează diminuarea progresivă a anxietăţii ce inhibă reacţia sexuală printr-o tehnică asemănătoare celei a lui Wolpe. Originalitatea lor constă totuşi în faptul că au fost primii care au folosit procedeele terapiei comportamentale într-un cadru mai larg şi care au îmbogăţit această terapie prin experienţa clinicii sexologice. În plus, terapia acestora se orientează în funcţie de cuplu mai degrabă decât de individ şi se raportează mai mult şi mai sistematic la interacţiunea cu comunicarea, la "schimbul pozitiv în cadrul cuplului". La aceasta se adaugă introducerea unor exerciţii ce vizează dobândirea sensibilităţii (*sensate focus*). În perioada tratamentului la domiciliu, doi coterapeuţi (un bărbat şi o femeie) conduc terapia astfel încât să ofere "un reprezentant şi un interpret" celor doi parteneri.

Programul terapeutic a lui Masters & Johnson conţine deci mai multe componente:

- analiza comportamentului sexual inadecvat şi a comportamentului cuplului, schimbarea şi informaţia privind comportamentul sexual, exerciţii pentru dezvoltarea percepţiei senzuale şi diminuarea anxietăţilor sexuale printr-o confruntare progresivă şi neameninţătoare cu momentul sexual intim. În acest domeniu există trei principii care orientează demersul terapeutic:

- nu se tratează o tulburare funcţională, ci o relaţie dintre parteneri, deci nu un simptom şi nu un individ, ci o interacţiune tulburată;
- datorită faptului că atitudinile de observator şi anxietăţile privind performanţa joacă un rol important în majoritatea tulburărilor sexuale funcţionale, se pune problema de a le diminua;
- cunoaşterea nevoilor şi dorinţelor partenerului este condiţia prealabilă pentru o mai bună interacţiune sexuală şi aceasta trebuie promovată printr-o ameliorare a comunicării verbale şi nonverbale.

Punerea în practică a acestui program comportă două părţi principale:

Prima parte, care este valabilă pentru toţi pacienţii şi care durează de la patru la cinci zile, conţine anamneza, analizarea datelor obţinute şi a cauzelor tulburării, informarea pacientului, cât şi examenul medical. În cea de-a treia zi se introduc exerciţiile de sensibilitate senzorială (*sensate focus*). Acestea presupun recomandări concrete privind comportamentul şi interzicerea provizorie a actului sexual propriu-zis. În ziua următoare sunt discutate aceste exerciţii care nu vizează orgasmul sau excitaţia sexuală. În cea de-a doua parte principală a tratamentului, aceste exerciţii de sensibilizare şi de comunicare sunt continuate, dar li se adaugă tehnici specifice de tratament pentru diferitele tulburări (impotenţă, tulburări de ejaculare, vaginism etc.).

Rezultatele tratamentului raportate de Masters & Johnson erau foarte bune (98,8% pentru ejaculare precoce, 83% pentru anorgasmie primară, 59,4 % pentru tulburările primare de erecţie şi 77% pentru anorgasmie secundară), dar n-au mai putut fi obţinute în cercetările ulterioare. Unele studii comparative au arătat totuşi că procedeul lor este superior desensibilizării sistematice (de exemplu Everaerd & Dekker, 1985).

Dezvoltarea ulterioară a terapiei comportamentale a tulburărilor sexuale funcţionale a dus la inovaţii privind mai ales probleme şi forme de tratament noi pentru unii pacienţi care au fost neglijate de Masters & Johnson.

S-au făcut astfel cercetări pentru a stabili dacă un

tratament rezidenţial şi o echipă de doi terapeuţi sunt indispensabile pentru a obţine un rezultat bun, sau dacă terapia se poate face ambulatoriu şi cu un singur terapeut (deci cu cele mai mici cheltuieli). Studiile comparative în legătură cu acest subiect n-au găsit diferenţe în ceea ce priveşte efectele (Lo Piccolo şi al., 1985; Arentewicz & Schmidt, 1986).

Din motive economice, dar şi pentru a cerceta avantajele terapeutice ale grupului, procedeul lui Masters & Johnson a fost studiat pe grupuri formate din mai multe cupluri. Rezultatele obţinute prezentau aceleaşi succese ale tratamentului pentru terapia individuală şi pentru terapia de grup (Golden şi al., 1978).

Ulterior au fost propuse, pe lângă terapia comportamentală, componente noi, pe care le putem rezuma prin noţiunea de "recondiţionare a excitaţiei" (*arousal reconditioning*). Experienţa clinică demonstra într-adevăr că diminuarea anxietăţii şi a inhibiţiei sunt foarte necesare, dar că nu conduc în toate cazurile în mod necesar la o experienţă pozitivă a sexualităţii, aşa cum presupunea Masters & Johnson. Din această cauză au fost introduse exerciţii noi care au drept scop să dezvolte excitabilitatea sexuală şi senzaţia de plăcere. Este vorba, între altele, de exerciţii de cunoaştere a sinelui, a corpului, de folosirea fantasmelor sexuale şi de jocuri de rol dezinhibante.

Printre noile forme de tratament pentru unii pacienţi trebuie să menţionăm tratamentul pacienţilor fără parteneri şi cel al femeilor suferind de anorgasmie primară; acest tratament are rezultate bune (Lo Piccolo & Lobitz, 1972; Barbach & Flatherty, 1980; Zilbergeld, 1978).

În ceea ce priveşte evaluarea efectelor tratamentului tulburărilor sexuale funcţionale obţinute prin terapie comportamentală, putem spune, o dată cu Emmelkamp (1986), pe baza unui număr mare de cercetări, că aceste procedee sunt încununate de succes la un număr mare de pacienţi, dar că efectul acestora pe termen lung nu este la fel de bine stabilit ca la Masters & Johnson (1970).

2.4. Recomandări de tratament

Ca tratament vom recomanda una din dezvoltările psihodinamice (Kaplan, 1974, 1981) sau comportamentale

(Arentewicz & Schmidt, 1986; Poudat & Jarrousse, 1992) ale metodei lui Masters & Johnson.

3. Tulburări şi dizarmonii ale cuplului

Este important să clarificam mai întâi câteva aspecte privind terminologia. Atunci când vorbim de căsătorie şi de cuplu, înţelegem o "relaţie intimă", o relaţie foarte personală care implică "sufletul, corpul şi spiritul" şi experienţa trăită de un "noi". Termenii "relaţie intimă", "cuplu" şi "căsătorie" sunt folosite aici ca sinonime.

Deşi tulburările de relaţie şi de interacţiune din cadrul cuplului nu figurează (aşa cum este cazul pentru tulburările sexuale) drept categorie în CIM-9 sau în DSM-III-R, le vom trata în lucrarea noastră cu mai multă atenţie, deoarece ele pot juca un rol important în tulburările sexuale funcţionale, sunt frecvente, înseamnă multă suferinţă şi pot fi importante pentru alte tulburări psihice.

3.1. Frecvenţă şi importanţă

Problemele conjugale şi cele dintre parteneri sunt foarte frecvente, aşa cum reiese din mai multe studii. De fapt nu există date reprezentative privind gradul de insatisfacţie în cadrul relaţiei conjugale, dar există lucrări care furnizează unele indicaţii clare. Se estimează astfel că în Statele Unite ale Americii aproximativ 80% din partenerii conjugali se gândesc cel puţin o dată la divorţ şi procentul de divorţ în diferitele state atinge aproximativ 70% (Lederer & Jackson, 1972). În RFG şi în Elveţia există cel puţin 1 divorţ la 4 căsătorii (Duss v. Werdt & Fuchs, 1980). Beckmann (1976) a stabilit în cadrul unei anchete reprezentative pe 200 cupluri conjugale germane că 50% au apelat la ajutorul altuia în perioada de dificultăţi conjugale. Döring şi al. (1986) au făcut o anchetă reprezentativă printre femei având vârsta între 15 şi 45 de ani din care a rezultat că 10% din persoanele intervievate şi care trăiau într-un cuplu stabil spuneau că sunt nefericite în căsătorie, iar 25% se descriau ca fiind "mai degrabă fericite" - ceea ce pentru un oarecare număr dintre ele putea să însemne probabil "mai degrabă nu prea fericite".

Importanţa acestor tulburări de relaţie şi de interacţiune apare mai clar atunci când ne gândim la importanţa suferinţei pe

care o pot produce partenerului şi la influenţa pe care o pot exercita asupra bunei stări psihice şi fizice a partenerilor şi a celor apropiaţi.

Unele tulburări de relaţie pot juca un rol important nu numai în declanşarea, ci şi în recidivele unor boli depresive (Klerman şi al., 1984; Jacobson, 1987), şi se estimează că aproximativ 50% din tentativele de suicid pot fi atribuite unor conflicte interumane (Black, Reimer & Jenisch, 1981). Tulburările relaţionale pot avea de asemenea o influenţă decisivă în tulburările psihosomatice, lucru bine cunoscut, de exemplu, pentru crizele de astm, reacţiile cutanate, bolile de stomac şi de intestin, migrene etc.

3.2. Caracteristicile şi geneza problemelor de cuplu

Aşa cum am subliniat la început, atunci când vorbim de căsătorie şi de cuplu înseamnă că este vorba de o relaţie intimă. Prin "tulburare de relaţie şi de interacţiune" înţelegem, în acest context, fenomene care prejudiciază această relaţie în mod esenţial. Pentru a le deosebi şi a le înţelege mai bine, este mai puţin util să ne orientăm mai întâi spre ceea ce se înţelege prin fericire şi nenorocire, decât să observăm şi să comparăm comportamentul cuplurilor care au sau nu tulburări.

Pentru a ne face o idee asupra diferenţei care există între cuplurile fericite şi cele care au urmat o terapie din cauza problemelor lor, prezentăm în tabelul 23 tipul şi frecvenţa relativă a problemelor relaţionale la cupluri fericite şi cupluri nefericite. Diferenţele apar clar dacă luăm în considerare poziţia şi frecvenţa domeniilor în care apar probleme. Se va remarca în aceeaşi măsură faptul că cuplurile nefericite indică în medie 7,1 domenii ca fiind problematice, în timp ce cuplurile fericită nu consideră decât în medie un singur domeniu ca fiind sursă de conflicte.

Ceea ce deosebeşte aceste cupluri este descris în general ca "un plus" sau ca "un minus" în materie de adaptare la căsătorie, de succes, de calitate, de satisfacţie sau de fericire a cuplului şi poate fi exprimat pornind de la mai multe criterii. Dat fiind faptul că aceste criterii se regăsesc foarte adesea în diferite descrieri, în general folosim aceste descrieri (exceptând cazul în care este vorba de o remarcă precisă) ca sinonime şi vorbim, în cea mai mare parte a timpului, de calitate sau de satisfacţie în căsătorie. Această calitate a căsătoriei se poate stabili empiric cu ajutorul

Eşantion terapeutic (N=92)			**Eşantion normal** (N=100)		
Poziţie		%	Poziţie		%
1	Sexualitate	74,4	1	Sexualitate	16,3
2	Amabilităţi	72,8	2	Viziune asupra lumii	13,8
3	Temperament	66,7	3	Obiceiuri personale	10,3
4	Distracţii	62,1	4	Amabilităţi	8,6
5	Obiceiuri personale	58,1	5	Distracţii	8,4
6	Încredere	53,0	6	Educaţia copiilor	7,6
7	Libertate personală	51,2	7	Temperament	7,4
8	Viziune asupra lumii	47,1	8	Rude	5,4
9	Educaţia copiilor	46,1	9	Profesie	4,3
11	Gelozie	41,4	10	Încredere	4,2
11,5	Prieteni	39,5	11	Menaj	4,1
11,5	Menaj	39,5	12	Gelozie	3,3
13,5	Rude	33,3	13	Farmec (atractivitate)	2,2
13,5	Profesie	31,2	14	Libertate personală	2,1
15	Relaţii extraconjugale	31,7	15	Prieteni	2,0
16	Venituri	16,1	16	Relaţii extraconjugale	1,1
17	Farmec (atractivitate)	13,1	17	Venituri	1,0

Tabelul 23: *Tipul şi frecvenţa relativă a problemelor relaţionale la cuplurile fericite şi nefericite* (după Hahlweg şi al., 1980, "Partnerschaftsprobleme: Eine empirische Analyse", *Zeitschrift für Klinische Psychologie*).

unor instrumente bune, de exemplu cu ajutorul scalei "Dyadic Adjustment Scale" (Spanier, 1976) care se foloseşte pe plan internaţional. Calitatea căsătoriei evaluată astfel poate fi apoi pusă în relaţie cu diferite caracteristici şi condiţii de viaţă ale cuplului.

Problemele care influenţează calitatea căsătoriei au făcut obiectul unui număr crescut de cercetări începând din anii '30. Primele studii s-au făcut din prespectiva sociologiei familiei şi se refereau mai ales la condiţiile socio-economice, la compatibilitatea rolurilor şi la atitudinile cu privire la valori. Abia în anii '70 au apărut lucrările psihologice, mai ales studiile privind comportamentul de interacţiune dintre parteneri. Hahlweg (1986), în lucrarea sa privind cercetările empirice (aproximativ 700) ajunge la concluzia "că majoritatea variabilelor studiate nu explică decât puţin din varianţa succesului căsătoriei; aceasta este valabil mai ales pentru variabilele socio-economice (de exemplu vârsta, diferenţa de

vârstă între parteneri, statutul, şcolaritatea) şi variabilele individuale (de exemplu personalitatea)". În plus, acest autor a găsit în diferite lucrări afirmaţii contradictorii privind relaţia dintre calitatea căsătoriei şi similitudinile dintre parteneri. Studiile care au prezentat rezultatele cele mai clare sunt cele care au studiat într-o manieră directă înţelegerile (adică influenţele reciproce) dintre parteneri.

În aceste studii se cerea cuplurilor ce aveau o căsătorie de o calitate scăzută sau ridicată să discute una din problemele lor. Aceste conversaţii au fost înregistrate video şi analizate pornind de la un procedeu de observaţie special dezvoltat în acest scop. Prin acest procedeu s-au obţinut două rezultate interesante: s-a constatat că partenerii a căror căsătorie era de o calitate ridicată aveau, după această discuţie, un comportament nonverbal mai pozitiv (de exemplu mai multe contacte din privire, o voce mai caldă, o poziţie a corpului direcţionată mai des spre partener), că ei comunicau mai mult (sentimente, gânduri, dorinţe) şi îl lăsau mai des pe partener să înţeleagă că este acceptat. Al doilea rezultat important a apărut în timpul unei analize secvenţiale a conversaţiilor şi prezintă diferenţe clare între aspectele comunicării, mai ales în momentul agravării negative. În aceste secvenţe critice de conversaţie în care "partenerii se critică reciproc şi se acuză, îşi fac reproşuri, ameninţă sau nu sunt de acord cu propunerile celuilalt", partenerii a căror căsătorie era de o calitate ridicată reuşeau "să stingă sau să întrerupă astfel de escalade după puţin timp". Situaţia cuplurilor cu tulburări este descrisă de Hahlweg (1990) astfel: "Caracteristica frapantă a cuplurilor cu o căsătorie de calitate scăzută este incapacitatea lor de a se desprinde din astfel de cercuri negative. Aceasta era evident mai ales în domeniul nonverbal şi afectiv: atmosfera o dată negativă, exista o mare probabilitate ca situaţia să rămână aşa pe o perioadă mai mare de timp. Din aceste studii asupra înţelegerilor dintre parteneri reieşea clar că "nivelul de calitate al unei căsătorii depinde într-o mare măsură de competenţele partenerilor în ceea ce priveşte comunicarea şi rezolvarea problemelor" (*ibid.*).

Dar care este originea acestei lipse de competenţă în problema comunicării şi a rezolvării problemelor şi care sunt ceilalţi factori care joacă un rol în dezvoltarea calităţii unui cuplu? Pentru că cuplul nu este ceva ce găseşti sau ceva care ar fi dăruit o dată pentru totdeauna, el este ceva ce se dezvoltă. Relaţiile armonioase

şi echilibrate între parteneri se dezvoltă aşa cum se dezvoltă relaţiile tulburate. Care sunt atunci cauzele şi condiţiile ce duc la reuşita sau la eşecul unui cuplu?

Cum nu este posibil, în cadrul acestei lucrări, să prezentăm multitudinea de observaţii, reflecţii, ipoteze şi teorii asupre acestei teme şi cum nu există de altfel o teorie de ansamblu, vom încerca să schiţăm răspunsurile care decurg din concepţiile cele mai interesante pentru moment. Aceste perspective, care sunt în acelaşi timp cele care se găsesc la baza formelor de intervenţie propuse în mod obişnuit, sunt perspectivele psihanalitice, sistemice şi comportamentale.

3.2.1. Ipotezele psihanalitice privind geneza cuplului

Din perspectiva psihanalitică, factorii care influenţează geneza unui cuplu îşi au originea înainte de toate în experienţele infantile ale partenerilor, în principal în relaţiile cu mama şi cu tata. După teoria psihanalitică, aceste experienţe nu determină doar alegerea partenerului, ceea ce poate deja prefigura eşecul relaţiei (Moser, 1957), ci şi felul în care vor fi elaborate ulterior aşteptările, frustrările şi conflictele ce apar în viaţa unui cuplu.

După lucrarea lui Moser (1957) asupra psihologiei alegerii partenerului care este de factură psihanalitică[1], Willi (1975) a dezvoltat şi mai mult modelul psihanalitic şi a acordat mai multă atenţie aspectului terapeutic în lucrarea sa *Relaţia cuplului. Conceptul de complicitate* şi mai ales în lucrarea următoare din 1978. Conceptul de complicitate pleacă de la ipoteza după care partenerii se aleg în funcţie de configuraţiile afective de bază corespunzătoare. În cazurile fericite, aceste configuraţii conduc la o complementaritate a trebuinţelor, dar ele pot de asemenea genera conflicte şi crize. Willi presupune astfel că există "patru configuraţii de bază ale jocului inconştient al partenerilor", care corespund din plin temelor fazelor de dezvoltare psihosocială infantilă (oral, anal, falic, narcisiac). După această concepţie, doi parteneri se aleg atunci când aceştia se găsesc la acelaşi nivel de dezvoltare psihosocială, dar ocupă poziţii contrare (regresie sau progresie).

[1] Se va consulta în legătură cu acest subiect şi Duyckaerts (1964). *Formarea legăturii sexuale.*

Dacă ei se găsesc de exemplu la nivelul de dezvoltare oral, partenerul care ocupă poziţia regresivă vrea să fie răsfăţat, în timp ce acela care ocupă poziţia activă-progresivă vrea să răsfeţe pe celălalt. În situaţia favorabilă, această alegere complementară duce la satisfacerea nevoilor respective. Conflictele se dezvoltă de-a lungul existenţei cuplului atunci când unul din parteneri are aşteptări privind trebuinţele celuilalt care nu corespund realităţii. De asemenea este posibil ca trebuinţele să se fi modificat în timp şi ca unul din parteneri să "se agaţe de o formă extremă progresivă sau regresivă" (*ibid.*) ca urmare a unor conflicte nerezolvate pe care le implică dezvoltarea.

Rezultatele cercetărilor privind teza alegerii partenerului complementar sunt contradictorii. După Willi (1975) acest lucru se explică "prin modul neclar şi parţial eronat în care s-a pus problema":

> "**1.** Unele cercetări privind similitudinea sau antinomia personalităţilor pleacă de la ipoteza că doi indivizi ar trebui să se arate aşa cum sunt în relaţia de cuplu şi că trebuie deci să studiem, în legătură cu asemănarea sau deosebirea, toate trăsăturile personalităţii lor. Dar cred că, în ceea ce priveşte alegerea partenerului şi în conflictul conjugal, este implicată doar o singură trăsătură a personalităţii şi trebuie să studiem doar în legătură cu acest aspect relaţia dintre trăsăturile personale, dorinţele şi angoasele.
>
> **2.** Ipotezele de similitudine şi opoziţie nu trebuie să se excludă reciproc, pentru că poate fi vorba de contrariu reprezentând, în raport cu asemănător, polul opus. Cele două dictoane pe care le-am citat se contopesc astfel într-unul singur: "Opuşii celor asemănători se atrag". Tema complicităţii pe care o studiem interesează pe fiecare din cei doi parteneri în forma sa progresivă şi regresivă, dar în comportamentul unuia faţă de celălalt, adesea unul din cei doi prezintă latura progresivă şi celălalt latura regresivă a aceleiaşi situaţii. Disponibilitatea de a ajuta poate proveni din nevoia de a fi ajutat, subordonarea poate corespunde unui exerciţiu secret al puterii etc. Urmând metoda de cercetare, contrariile, la fel ca şi similitudinile, se pot diferenţia în relaţia celor doi parteneri".

În plus, nu trebuie să scăpăm din vedere faptul că acele complementarităţi despre care vorbim nu sunt simple, ci foarte complexe şi se schimbă probabil pe parcursul dezvoltării cuplului. Evaluarea lor poate varia în funcţie de metodele folosite şi, de exemplu, nu se poate face cu ajutorul chestionarelor. Dar în 1990, adică după 15 ani de la apariţia acestui concept interesant, Hahlweg (1990) mai constata faptul că "nu există până în prezent date empirice provenite din cercetări controlate care ar putea susţine acest model sau, mai general, teza alegerii partenerului complementar".

3.2.2. Ipotezele sistemice

Din perspectiva psihanalitică, cauzele relaţiilor tulburate dintre parteneri sunt căutate înainte de toate în istoria dezvoltării infantile a partenerilor, deci în individ şi în trecut. Abordarea sistemică, din contră, încearcă să raporteze aceste tulburări la nişte condiţii care nu se găsesc în trecut şi în caracteristicile partenerilor, ci în prezent şi în interacţiune. Pentru a analiza această interacţiune, ne folosim de o serie de concepte care provind înainte de toate din cibernetică (Wiener, 1948) şi din teoria generală a sistemelor (Bertalanffy, 1950), dar şi din teoria jocurilor (vezi Neumann & Morgenstern, 1947) şi din teoria informaţiei (Shannon & Weaver, 1949).

Principiile generale ale teoriei sistemelor, care pot să se aplice şi proceselor biologice şi psihologice complexe, au fost discutate, în acest context, de Steinglass (1978). Noţiunile de organizare şi de control au aici o importanţă deosebită. În teoria sistemică, un sistem (de exemplu un cuplu) este alcătuit din elemente singulare (de exemplu partenerii) ce se găsesc într-o relaţie constantă; interacţiunile dintre aceştia au ca efect faptul că sistemul înseamnă mai mult decât suma părţilor. Un sistem se deosebeşte de altul, este predictibil şi se supune unor mecanisme de control care permit stabilitatea şi adaptarea la condiţii noi. Reglarea necesară în vederea obţinerii acestui efect se face prin circuite cu retroacţiune: o creştere sau o diminuare într-o parte a sistemului are drept efect, în cazul unui feedback pozitiv, o creştere sau o diminuare în cealaltă parte. În caz de feedback negativ, o creştere într-o parte a sistemului antrenează o diminuare în cealaltă parte.

Pornind de la principiile teoriei sistemelor, s-au dezvoltat ulterior forme de terapie familială. În ceea ce priveşte subiectul lucrării noastre, putem constata ca şi Hahlweg (1990) că aceste abordări sunt foarte divergente "în măsura în care acestea formulează modele specifice privind condiţiile reuşitei conjugale". Vom menţiona aici drept cel mai cunoscut model pe cel al grupului de la Palo Alto (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1969). Pentru aceşti autori tulburările de comunicare sunt responsabile de tulburările dintre parteneri. Acestea apar atunci când regulile care reglează relaţiile dintre parteneri sunt rigide sau nu sunt observate. Watzlawick şi al. (1969) formulează în legătură cu acest subiect o serie de postulate interesante al căror fundament empiric lipseşte încă (vezi Hahlweg, 1990). Această absenţă empirică nu trebuie totuşi să ne facă să uităm "că abordarea teoriei sistemelor a impulsionat într-o manieră importantă terapia conjugală, înainte de toate prin criticarea cauzalităţii liniare şi prin focalizarea mai ales asupra relaţiei diadice decât asupra partenerului individual" (*ibid.*).

3.2.3. Ipotezele teoriei comportamentale

Din perspectiva terapiei comportamentale, se încearcă să se explice dezvoltarea, reuşita sau eşecul unui cuplu pornind de la ipoteze privind învăţarea social cognitivă (Bandura, 1969) şi schimbul social (Homans, 1961; Thibaut & Kelly, 1959). Teoria cognitiv socială explică într-o oarecare măsură "cum" se învaţă iar teoria schimbului social "ceea ce" este învăţat.

Din această perspectivă se presupune că satisfacţia partenerilor depinde de reacţiile pozitive pe care aceştia le primesc unii de la alţii ca răspuns la comportamentul lor. Fiecare partener se aşteaptă să aibă un comportament pozitiv şi să primească reacţii pozitive şi fiecare partener are o oarecare idee despre ceea ce poate aştepta de la celălalt. Problemele dintre parteneri încep în consecinţă din momentul în care partenerii, din motive diferite (de exemplu dezamăgiri, evenimente exterioare, schimbări interne), nu mai reacţionează destul de pozitiv la comportamentul celuilalt sau atunci când reacţia pozitivă nu este receptată. Reglarea acestui schimb se face cu ajutorul diferitelor comportamente pe care le putem rezuma în termenii de recompensă şi pedeapsă. Adică se reacţionează printr-o recompensă sau printr-o pedeapsă pentru a

obţine o schimbare în comportamentul partenerului. Ipoteza inferată din teoria comportamentului se sprijină pe faptul că cuplurile fericite efectuează schimbările prin recompensarea comportamentelor adecvate (control pozitiv), în timp ce cuplurile cu probleme încearcă să obţină o schimbare prin pedeapsă.

Dezvoltarea pe termen lung a tulburărilor de relaţie şi interacţiune a fost descrisă de Patterson & Reid (1970) pornind de la procesul de coerciţie (*coercion process*). Din acest punct de vedere, procesul începe prin dorinţa lui A ca B să se schimbe. Dacă B nu dă curs acestei cerinţe, se discută problema şi B este rugat din nou să se schimbe. Dacă o face, şi dacă o face pe termen lung, problema este rezolvată. Dacă schimbarea nu este, totuşi, decât de scurtă durată, A va încerca să provoace schimbarea prin pedeapsă (de exemplu însoţind cererea prin critici sau pedepse sau retrăgând întăririle pozitive ca, de exemplu, atenţia adresată celuilalt). Procesul de coerciţie va începe atunci când A va continua să se comporte în mod negativ, neadoptând din nou un comportament pozitiv decât din momentul în care B va ceda.

Prin această concesie a lui B, A îşi întăreşte cu toate acestea comportamentul său negativ, adică A va adopta probabil mai des un comportament negativ pentru a-şi îndeplini dorinţa. Dar astfel B va folosi de asemenea mai des un comportament negativ faţă de A pentru a se afirma (aşa cum ne putem aştepta la aceasta după principiile învăţării prin imitaţie şi ale ipotezei reciprocităţii, adică ale ipotezei determinării reciproce a comportamentelor). Acest proces de coerciţie are mai multte consecinţe pentru interacţiunea dintre parteneri. Mai întâi trebuie să remarcăm că controlul aversiv nu provoacă schimbări durabile. Conflictul rămâne neschimbat şi din această cauză se dezvoltă din ce în ce mai multe conflicte nerezolvate. Acest lucru antrenează din ce în ce mai mult un control aversiv, care trebuie de altfel să devină din ce în ce mai intens pentru a avea efect, deoarece cu timpul apare o obişnuinţă cu stimulii aversivi. Va avea loc deci o escaladă. Această escaladă se poate manifesta în tentative agresive în vederea rezolvării conflictului sau în comportamente ce încearcă să-l evite şi duce la o altă consecinţă a procesului de coerciţie: diminuarea interacţiunii pozitive în cadrul cuplului ce este urmată de o diminuare a atracţiei reciproce şi face astfel ca alţi parteneri să devină mai atrăgători.

Teoria comportamentului explică deci geneza tulburărilor relaţionale şi de interacţiune prin competenţele insuficiente ale partenerilor în probleme de comunicare şi de rezolvare a problemelor. "Greşeala" nu se găseşte la partenerul luat de unul singur, cauzele trebuie căutate mai degrabă în interacţiunea inadecvată dintre parteneri. Este, de asemenea, important să remarcăm că această lipsă de competenţă în materie de comunicare şi de rezolvare a problemelor nu constă într-o absenţă, ci într-o nonutilizare a acestor competenţe. Mai multe studii au arătat efectiv că partenerii din cuplurile cu probleme erau capabili să interacţioneze în mod adecvat cu alţi parteneri, dar nu cu propriul lor partener, în prezenţa căruia ei nu utilizau aceste competenţe.

Experimentarea acestor ipoteze asupra genezei tulburărilor relaţionale şi de interacţiune a dat naştere unei serii de lucrări prezentate de Hahlweg (1986) şi ale căror rezultate susţineau ipotezele esenţiale.

3.3. Tratamentul tulburărilor relaţionale şi de interacţiune

Interesul terapeuţilor pentru terapia problemelor conjugale s-a manifestat mai ales în domeniul consilierii conjugale şi în cadrul psihiatriei interpersonale. Abia începând cu anii '70 au fost propuse mai multe terapii şi acestea s-au răspândit din ce în ce mai mult.

Dat fiind faptul că, aşa cum remarcă şi Gurman şi al. (1986), n-au fost decât "foarte puţine studii empirice controlate asupra diferitelor terapii conjugale «noncomportamentale» - pentru procedeele de orientare psihanalitică, de exemplu, nu există încă experimentare controlată - şi că terapia comportamentală de cuplu îşi caută echivalentul "în materie de număr şi de calitate a cercetărilor sale" şi că, în plus, eficienţa sa este stabilită cel mai bine, ne vom limita aici la o prezentare scurtă a terapiei comportamentale de cuplu (TCC în continuare în text).

Caracteristicile TCC acoperă, pe lângă puternica sa raportare la cercetare, o teorie a genezei bine susţinută şi o teorie terapeutică şi o practică ce se sprijină pe aceasta. Ea cuprinde o serie de componente specifice ce sunt folosite în mod sistematic şi progresiv. TCC nu se referă doar la înţelegerea problemelor, ci în

egală măsură şi la aspectul comportament sau acţiune şi atribuie o mare valoare exerciţiilor aprofundate ale comunicării şi interacţiunii.

Pentru a ilustra această manieră de a aborda subiectul, vom prezenta în continuare programul de terapie dezvoltat de Hahlweg şi al. (1982) care vizează "antrenamentul pentru reciprocitate". Nu-l vom prezenta doar pentru că a fost experimentat, ci şi pentru că acest program ilustrează bine abordarea comportamentală, pentru că se bazează pe fundamente considerabile şi pentru că, aşa cum remarcă Brengelmann în prefaţa sa, "acesta nu se teme de nici o comparaţie şi reprezintă mai degrabă o demonstraţie exemplară a utilizării practice a rezultatelor terapeutice verificate experimental".

Există pentru acest program de terapie un manual în sprijinul terapeuţior şi un "manual pentru cupluri" (Schindler şi al., 1980) care însoţesc tratamentul. TCC este indicată pentru cuplurile ale căror parteneri sunt decişi să păstreze relaţia, cât şi pentru cuplurile care au îndoieli în această privinţă, dar care aşteaptă ca terapia să-i ajute să se decidă pentru menţinerea cuplului sau pentru separare. Programul nu este totuşi indicat pentru a ajuta separarea. Durata terapiei este de aproximativ 15 şedinţe (la început săptămânale, apoi o dată la două săptămâni), aceste şedinţe durând de la 50 minute la 45 minute pentru terapia individuală şi de la 2 ore şi jumătate la 3 ore pentru cupluri. Terapia poate fi extinsă prin "şedinţe de recondiţionare" la una sau trei luni după terapie.

Pentru a scoate în evidenţă structura sistematică şi progresivă, cât şi desfăşurarea terapiei, vom prezenta aceste caracteristici în tabelul 24. Cele câteva comentarii în legătură cu diferitele componente ale terapiei îşi propun să le clarifice mai bine şi să combată prejudecata, încă foarte răspândită, după care TCC ar fi în mod deosebit superficială, manipulativă, aparţinând categoriei dresaj, şi ar sacrifica subiectivitatea partenerilor pentru mitul adaptării.

Şedinţă	Conţinut	Faza
1	Prima convorbire E: Chestionar privind viaţa şi cuplul privind domeniile problematice privind comportamentul în cadrul cuplului	
2	Şedinţă individuală: partener A - analiza comportamentului E: Lectură comună a capitolului 1 din *Manualul pentru cupluri* de Schindler şi al. (1980)	Diagnostic
3	Şedinţă individuală: partener B - analiza comportamentului E: Lectură comună a capitolului 1	
4	Teorie/contract terapeutic - discuţie asupra rezultatelor - explicarea terapiei - semnarea contractului terapeutic Înregistrare video (facultativ) E: Lectură comună a capitolului 2	
5	Discutarea exerciţiilor (E) Explicarea exerciţiilor în materie de **reciprocitate** E: Lectura capitolului 3 Înregistrarea întăririlor disponibile	
6	Explicaţii şi exerciţii în materie de **comunicare** Exerciţii de aptitudini de emiţător de mesaj E: Lectura capitolului 4 Zile-ţintă	
7	Discutarea exerciţiilor (E) Exerciţii privind aptitudinile de emiţător şi de receptor de mesaj E: Lectura capitolului 5 Elaborarea unei ierarhii a conflictelor Convorbire pe o temă neconflictuală Zile-ţintă	Dezvoltarea aptitudinilor ce permit realizarea scopului
8	**Discutarea conflictelor**: discutarea problemelor şi trebuinţelor E: Lectura capitolului 6 Convorbire pe o temă neconflictuală Zile-ţintă	
9-11	Discutarea exerciţiilor (E) Discutarea conflictelor E: Zile-ţintă Relizarea lucrurilor stabilite după şedinţa a 11-a: lectura capitolului 7 Discutarea conflictelor/contract Zile-ţintă	Rezolvarea conflictului
12	Discutarea exerciţiilor (E) **Controlul crizelor** E: Discutarea conflictelor/contract Zile-ţintă	
13-14	Discutarea exerciţiilor (E) Discutarea conflictelor E: Discutarea conflictelor/contract Zile-ţintă	
15	Convorbire terminală şi planificarea viitorului Înregistrare video (facultativ)	Diagnostic

(E): exerciţii de făcut acasă

Tabelul 24: *Antrenament pentru reciprocitate: desfăşurarea terapiei* (după Hahlweg şi al., 1982, *Partnerschaftsprobleme: Diagnose und Therapie. Handbuch für den Therapeuten*, Springer).

Diagnostic şi indicaţie

În prima fază, ce se desfăşoară în aproximativ patru şedinţe, se identifică problema şi se constată dacă cuplul poate profita de terapia propusă. Aşa cum arată tabelul, informaţiile necesare sunt obţinute fie individual, fie în cuplu, în timpul şedinţelor, pornind de la conversaţii, chestionare şi eventual de la înregistrări video. Rezultatele sunt apoi discutate, ceea ce permite analizarea mai îndeaproape a problemelor, trebuinţelor şi dorinţelor cuplului şi partenerilor abordaţi separat, cât şi să se înceapă identificarea scopului terapiei. Discuţiile care au loc în timpul şedinţelor următoare în legătură cu exerciţiile şi "temele pentru acasă" permit o investigare reînnoită a problemelor şi scopurilor terapeutice.

Antrenamentul pentru reciprocitate

După ce partenerii au fost deja sensibilizaţi, în faza de diagnosticare, privind aspectele pozitive încă disponibile ale cuplului, se scoate mai întâi în evidenţă, în timpul antrenamentului pentru reciprocitate, relaţia care există între sentimente şi comportamente, cât şi efectul interacţiunilor ce provoacă recompensa sau pedeapsa. Urmează apoi antrenamentul pentru reciprocitate, mai întâi în timpul şedinţelor, apoi prin exerciţii acasă. Scopul este ameliorarea percepţiei reciproce. În timpul "zilelor-ţintă"[2], fiecare partener trebuie să acorde celuilalt o atenţie şi o disponibilitate deosebite.

Antrenamentul pentru comunicare

Informaţiile privind comunicarea sunt urmate de o explicaţie şi aplicarea progresivă a regulilor de urmat de către cel care vorbeşte (emiţător al mesajului) şi de către cel care ascultă (receptor al mesajului). În acest scop, se tratează mai întâi temele non-conflictuale pentru a trece apoi la temele conflictuale. Controlul sentimentelor negative este aplicat în jocurile de rol.

[2] Beaudry & Boisvert (1988) le descrie excelent: "Zilele-ţintă" constituie un procedeu de întărire mutual determinat de emiţător; ele corespund cu ceea ce unii autori americani au numit "love-days" sau "caring days". După această formulă, fiecare din parteneri alege una sau două "zile-ţintă" în cursul cărora va încerca să dubleze numărul comportamentelor agreabile, fără să ţină cont de rata comportamentelor agreabile ale partenerului.

Antrenamentul pentru rezolvarea problemelor

Situaţiile problematice presupun în mod necesar reprezentări, dorinţe şi acţiuni antitetice (opuse).

Pentru a face posibilă elaborarea unei soluţii practice, se propune o discuţie a conflictelor (*Konfliktgespräch*) şi o strategie care conţine patru timpi şi se aplică în legătură cu temele conflictuale. Cei patru timpi constau în eliberarea gândurilor şi sentimentelor, trebuinţelor şi dorinţelor ce fac parte din problemă. La aceasta se adaugă specificarea dorinţei de schimbare, cât şi elaborarea comună a unei soluţii ce decurge din propunerile specifice. Competenţele obţinute în timpul şedinţelor trebuie să fie aplicate apoi acasă.

Aşa cum se poate vedea, antrenamentul pentru comunicare şi pentru rezolvarea problemelor nu constă în învăţarea mecanică de scheme şi de soluţii gata preparate, ci înseamnă de asemenea punerea problemei şi problematizarea punctului de vedere şi a stilului de comunicare proprii.

Controlul crizei şi măsurile cognitive

Interpretările cognitive, care fac obiectul unei atenţii deosebite în timpul antrenamentului pentru controlul crizelor, oferă în aceeaşi măsură o ocazie de a aprofunda studiul subiectivităţii cogniţiilor şi a importanţei lor pentru comportament. Atitudinile nerealiste, atribuirile şi predicţiile de comportament neadecvate (disfuncţionale) sunt înlăturate, conştientizate şi modificate datorită restructurării raţionale pe bază de dialog. Controlul crizei, pentru realizarea căruia sunt folosite măsuri de restructurare cognitive, are drept scop să prevină o dispută, să diminueze escalada sau să faciliteze reconcilierea după dispută.

Sfârşitul terapiei şi planificarea viitorului

Este important, din punct de vedere terapeutic, să rezumăm schimbările obţinute, să le discutăm şi să remarcăm că nu sunt încă terminate şi că pot să se dezvolte conflicte noi. Este, de asemenea, important să atragem atenţia asupra scopurilor învăţării şi dezvoltărilor ulterioare şi să le spunem partenerilor că "şedinţele de întărire" programate peste câteva luni nu sunt numai posibile ci şi de dorit.

Componentele adiţionale pentru tulburări specifice

În cazul în care, în afara problemelor de comunicare şi de rezolvare a problemelor, alte dificultăţi condiţionează problemele de cuplu, componentele de bază menţionate au fost îmbogăţite prin intervenţii specifice (de exemplu tulburări sexuale însoţite de o slabă calitate a relaţiei, violenţă în cuplu, gelozie şi relaţii extra-conjugale, divorţuri, a doua căsătorie). Acestea pot fi introduse în terapie. Vom menţiona aici şi intervenţiile asupra cuplului într-o serie de tulburări (agorafobie, dependenţe, depresii, tulburări alimentare) care pot fi aplicate singure sau combinate cu alte terapii.

Departe de a fi un cadru rigid, o terapie de cuplu concepută astfel prezintă deci o structură suplă, permiţând sistematizările şi adausurile necesare în funcţie de problemele cuplului ce apelează la aceasta.

În Franţa, lucrarea lui Poudat & Jarrousse face o excelentă prezentare a aplicării clinice a principiilor şi tehnicilor comportamentale în sexoterapie şi în terapia de cuplu[3].

Eficienţa terapiei TCC a fost studiată şi stabilită într-un număr important de studii.

Hahlweg & Markman (1988) au supus unei metaanalize (după Smith, Glass & Miller, 1980) cercetările TCC controlate apărute până în 1986 şi au găsit rezultate foarte încurajatoare. Cele 17 studii făcute în Belgia, RFG, Anglia, Olanda şi în Statele Unite se referă la un ansamblu de 613 cupluri. Amploarea efectului mediu era de 0,95; ceea ce semnifică, după Rosenthal & Rubin (1982), că şansa unui cuplu de a-şi ameliora calitatea de cuplu era de 28% în grupurile de control şi de 72% pentru grupurile TCC - o diferenţă care stabileşte clar eficienţa terapiei. Controalele făcute după un an şi disponibile pentru majoritatea cercetărilor nu menţionau diminuarea dimensiunii efectului. Analizele comportamentelor de comunicare şi de rezolvare a problemelor făcute de Hahlweg şi al. (1984) au arătat de asemenea configuraţii de comunicare

[3] Lucrările lui Poudat & Jarrousse (1992) şi ale lui Beaudry & Boisvert (1988) se completează şi, aşa cum am spus-o deja, constituie împreună, foarte probabil, cea mai bună introducere în limba franceză privind tratamentul tulburărilor sexuale şi ale problemelor de cuplu. În ceea ce priveşte problemele de cuplu, se vor citi cu acelaşi profit lucrările lui Willi.

modificate la cuplurile tratate (în comparaţie cu grupul de control). Deoarece semnificaţia clinică a rezultatelor nu corespunde în mod necesar semnificaţiei lor statistice, vom menţiona încă o cercetare a lui Jacobson şi al. (1984). Acest studiu efectua o reanaliză a patru cercetări controlate. S-a dovedit că nivelul de reuşită calculat după criteriile de semnificaţie clinică era mai mic decât cel calculat după criteriile de semnificaţie statistică. Evaluând succesul terapiei în funcţie de procentajul de cupluri ameliorate, s-a constatat că 50% din cupluri erau în mod considerabil şi 30% mediu ameliorate; 15% s-au despărţit sau au divorţat. Este bineînţeles dificil de spus dacă acest ultim rezultat trebuie să fie considerat ca un succes sau ca un eşec.

3.4. Recomandări privind tratamentul

În ciuda acestor rezultate bune, acest program nu este în mod evident un remediu pentru toate problemele. Faptul că numărul de conflicte nerezolvate şi negativitatea cu care acestea sunt trăite nu au legătură statistică cu succesul terapiei (Hahlweg, 1986) pare să ajute prea puţin cuplurile "care sunt emoţional şi sexual distante la începutul terapiei şi în care femeia se plânge de o comunicare foarte redusă" (Hahlweg, 1990).

Problema de a şti care cupluri cu care probleme au cele mai bune şanse de reuşită, cu care metodă şi la care terapeut, nu poate fi aprofundată aici. În această privinţă mi-ar plăcea totuşi să-l menţionez pe Willi (1978), care a consacrat un capitol amplu problemei indicării terapiei de cuplu şi alegerii procedeului şi care ne comunică cunoştinţele sale clinice din punctul de vedere al unui terapeut de orientare psihanalitică pe baza unei lungi şi bogate experienţe clinice. Din aceste reflecţii ce conţin multe informaţii, mi-ar plăcea să subliniez în lucrarea de faţă trei aspecte.

1. În ceea ce priveşte scopul terapiei de cuplu, este important să distingem ceea ce ar fi de dorit şi ideal (scop ideal) de ceea ce este clinic posibil (scop realist). Este ceea ce a fost descris excelent în Willi (1975):

> "Nu văd scopul terapiei într-un maximum de deschidere, de libertate, de intimitate sau într-o întărire pozitivă reciprocă, ci în

căutarea unei forme de relaţie care corespunde mai bine tendinţelor şi aptitudinilor partenerilor, în care aceştia se acceptă cu posibilităţile lor restrânse de relaţionare, într-o libertate adevărată, dar şi într-o adevărată solidaritate, o adevărată responsabilitate faţă de partener, familie şi anturaj".

Chiar şi un terapeut de orientare comportamentală ar fi de acord cu acest punct de vedere.

2. În ceea ce priveşte criteriile privind indicaţiile specifice ale diferitelor metode, Willi (1978) spune:

"Terapia conjugală nu este uniformă nici în forma sa, nici în metoda sa. După formă, conflictele dintre parteneri sunt tratate prin terapie individuală, de grup, de cuplu şi de grupuri de cupluri etc. Şi aici va fi vorba mai puţin de a elabora criterii de indicaţii specifice pentru un setting determinat sau o metodă terapeutică, cât de a stabili care dinamică va fi favorizată în mod deosebit prin aplicarea uneia sau alteia dintre metode".

O astfel de concepţie poate fi acceptată şi într-o perspectivă comportamentală.

3. În ceea ce priveşte diferitele metode, se pot distinge două forme după Willi (1978): cele care vizează elaborarea conflictelor (metodele de orientare psihanalitică) şi cele care vizează modificarea comportamentului şi care se inspiră din teoriile sistemice şi ale comunicări. Această diferenţiere caracterizează în mod excelent cele două atitudini de bază. Dar trebuie adăugat că şi terapia de cuplu de orientare comportamentală se străduieşte să formuleze conflictul şi chiar reuşeşte acest lucru. Această formulare a conflictului se face totuşi după alte principii decât cele ale psihanalizei.

Prima formă de bază, cea care corespunde propriei sale orientări (adică psihanalitică), este caracterizată de Willi astfel:

"În procedeele vizând elaborarea conflictului şi înţelegerea, terapia ar vrea să ajute partenerii să înţeleagă mai bine comportamentul propriu şi pe cel al partenerului şi să le înţeleagă mai bine geneza şi contextul. Se aşteaptă ca o conştientizare a

tendinţelor reprimate până atunci să antreneze o modificare profundă a experienţei trăite şi a comportamentului şi ca amplificarea comunicării privind sentimentele şi fanteziile partenerilor să favorizeze acceptarea sinelui şi a partenerului şi să favorizeze dezvoltarea personalităţii în cadrul relaţiei. Atitudinea terapeutului este aici mai puţin directivă, cât participativă şi de tipul *laisser faire*" (Willi, 1978).

În ceea ce priveşte condiţiile prealabile şi indicaţia, mai citim:

"Condiţia prealabilă a acestui procedeu este capacitatea pacientului de a folosi oferta terapeutică pentru a se cunoaşte mai bine pe sine, cât şi pe partener şi pentru a lărgi bazele înţelegerii mutuale. Partenerii pe care socializarea nu i-a obişnuit să perceapă şi să exprime fanteziile, reprezentările şi sentimentele proprii, care doresc să acţioneze mai degrabă în câmpul social şi să se comporte după regulile anturajului, vor avea dificultăţi mai mari în a beneficia de pe urma acestei oferte terapeutice... Vor beneficia de asemenea puţin de această metodă cuplurile care au o puternică tendinţă spre raţionalizare şi care ajung la înţelegere într-o manieră pur raţională, fără să stabilească o relaţie cu experienţa trăită şi cu comportamentul lor" *(ibid.)*.

În ceea ce priveşte inconvenientele acestor procedee, Willi (1975) estimează:

"Se poate de asemenea observa slăbiciunea procedeului analitic în faptul că se meditează adesea prea mult la cauzele şi motivaţiile unei atitudini inadecvate (disfuncţionale) şi se abordează prea puţin direct comportamentul concret aici şi acum".

A doua formă de bază (terapia comportamentală) este bine descrisă de Willi (1978) atunci când spune:

"Procedeele ce modifică comportamentul se ocupă mai puţin de conflictele intrapsihice şi de cauzele lor, ci pleacă, urmând un model de rezolvare a conflictelor concrete, de la o modificare directă a comportamentului şi a comunicării. Ele se sprijină puternic pe învăţarea bazată pe efect, adică pe ipoteza după care

comportamentul pozitiv şi comunicarea constructivă exercită un efect pozitiv asupra experienţei trăite mai profunde. Restructurarea relaţiei şi modificarea comportamentului sunt vizate printr-o atitudine terapeutică activă. Şedinţele sunt adesea puternic structurate şi constau într-o măsură esenţială în exerciţii prin care partenerii pot încerca şi învăţa maniere comportamentale noi. Comportamentul terapeutului este deschis manipulativ, structurant-sugestiv şi pedagogic".

În ceea ce priveşte indicarea acestor procedee, Willi remarcă:

"Această atitudine se dovedeşte valabilă mai ales în cazul în care un comportament conjugal distructiv este ritualizat, de exemplu în timpul luptei conjugale pentru putere sau în acordurile psihosomatice (Willi, 1976), acolo unde cuplul este atât de puternic angajat în acţiune încât nu mai rămâne nici o valenţă liberă pentru un procedeu terapeutic bazat pe reflecţie. Metodele ce modifică comportamentul sunt de asemenea recomandate în cazul în care partenerii nu progresează, ca urmare a unei discuţii interminabile privind problemele lor, dar ar trebui să facă ceva pentru a le rezolva (de exemplu terapii sexuale după Masters & Johnson sau Helen Kaplan). În cazurile însă în care partenerii simt nevoia de a percepe problema lor într-o manieră diferenţiată şi să se explice, aceste procedee bazate pe exerciţiu sunt trăite ca fiind prea pragmatice" (*ibid.*).

Singurul lucru care trebuie adăugat aici ar fi să atragem atenţia, aşa cum am mai făcut-o, asupra faptului că între timp o terapie comportamentală care este concepută ca cognitiv-interpersonală poate răspunde în egală măsură nevoii pe care o au pacienţii de percepţie şi de comunicare diferenţiată privind conflictele lor, că ea îşi propune de altfel acest efect şi reuşeşte să-l obţină (vezi, de exemplu, Poudat & Jarrousse, 1992).

Aceste procedee au, după Willi (1975), un inconvenient:

"Slăbiciunea unui număr destul de mare de terapii ale comunicării şi ale comportamentului o văd totuşi în faptul că ele rămân prea

la suprafaţa comportamentului manifest şi iau în considerare prea puţin dinamica inconştientă a cuplului, cât şi procesele de transfer şi de contratransfer. Dacă se poate reproşa multor psihanalişti că dau dovadă de prea multă rezervă, mulţi terapeuţi ai comunicării mi se par prea activi, prea manipulanţi, a se citi abuzivi".

Faptul că terapia de cuplu de orientare comportamentală nu trebuie în mod necesar "să rămână la suprafaţa comportamentului manifest" şi că trebuie să ţină cont şi de dinamica cuplului (vezi Poudat & Jarrousse, 1992) a fost subliniat deja anterior.

Aceste avantaje şi inconveniente ale celor două forme de bază ale terapiei de cuplu, descrise de Willi, nu se limitează la aceasta, ci caracterizează, mult mai general, procedeele psihanalitice şi comportamentale. În sfârşit, este interesant (şi aceasta merită a fi subliniat) să auzi din partea unui terapeut cum este Willi că "cele două concepte de terapie nu se exclud reciproc, ci se completează!". Depistarea acestei complementarităţi în cazul concret şi folosirea ei în mod util face deci parte din competenţa şi arta terapeutului (vezi Huber, 1967, 1976; Mandel şi al., 1971; Wachtel, 1977). Acest lucru nu este totuşi posibil decât atunci când formarea sa ca terapeut depăşeşte învăţăturile unei şcoli, atunci când ea este susţinută de cercetarea empirică şi centrată pe problemele pacienţilor.

Capitolul 5

Concret: ce ar trebui să ştim dacă vrem să facem ceva. Unele aspecte critice

În capitolele precedente, am încercat să descriem natura, formele, cauzele şi frecvenţa tulburărilor psihice. Se urmărea de asemenea să se clarifice natura, scopul şi efectele ajutorului psihologic, să se descrie mijloacele sale şi stadiul actual al cunoştintelor privind tratamentul unor tulburări importante. Era vorba deci de a prezenta informaţiile cele mai importante pentru a ajuta în vederea luării unei decizii privind terapia şi mai ales alegerea unei forme de tratament.

În acest capitol dorim să arătăm cum se pot reuni aceste informaţii pentru a ajunge la o decizie optimă în problema formei de tratament şi a terapeutului. Reuşita unei terapii nu depinde totuşi doar de alegerea unei metode adecvate şi a unui terapeut convenabil. Efortul pacientului este de asemenea decisiv în timpul procesului terapeutic. Este un aspect de care ar trebui să ţinem seama în egală măsură atunci când alegem o metodă şi un terapeut. Din această cauză, adăugăm în acest capitol unele remarci care s-au dovedit utile.

Dat fiind faptul că acest capitol trebuie să ajute la luarea unor decizii concrete - deoarece el este orientat spre acţiune -, materialul este de asemenea prezentat într-un mod care favorizează aceste decizii, chiar dacă ni se reproşează că este simplist.

În acest scop, propunem să extragem trei momente din acest proces şi să-l descriem în trei faze:

1. Analiza şi clarificarea problemei.
2. Ce fel de terapie pentru ce fel de pacient?
3. Căutarea şi alegerea terapeutului.

Pentru fiecare din aceste faze, recomandăm să se procedeze în doi timpi: (1) să se facă un inventar spontan, apoi (2) să fie completat cu listele de întrebări care se găsesc în anexa 2.

Am vrea totuşi să menţionăm în mod clar că aceste liste de întrebări ce însoţesc textul şi vizează favorizarea acţiunii nu trebuie privite ca nişte liste de cumpărături sau ca nişte reţete de bucătărie, ci ca nişte ajutoare concrete destinate să facă să apară astfel de întrebări şi să le ordoneze. Am putea de asemenea să punem alte întrebări, să le formulăm şi să le ordonăm altfel. Nu este vorba deci, aici, nici de un catalog complet de întrebări importante, nici de singurul mod de a pune şi de a grupa aceste întrebări. Am evitat, de altfel, să menţionăm procedeele diagnostice folosite în mod obişnuit în clinică, deoarece efortul diagnostic şi măsurile ce trebuie luate fac parte din sarcinile terapeutului şi nu trebuie să fie anticipate în acest context.

Dacă acest capitol nu este prezentat în mod sistematic, ci mai curând pragmatic şi simplu, aceasta se datorează faptului că experienţa ne-a arătat că prea multe persoane (pacienţi şi terapeuţi) abordează încă această problemă a alegerii terapiei într-un mod mai puţin adecvat şi cu reuşită nesigură. Adesea aceste persoane nu sunt numai rău informate, dar au şi o concepţie care nu ţine suficient seama de aspectul "activ" al "rolului pacientului" şi care neglijează în aceeaşi măsură dimensiunea timpului şi aspectul cost-beneficiu.

1. Analiza şi clarificarea problemei

În viaţa oricui există momente, perioade mai lungi sau mai scurte, în care te simţi nemulţumit, nesatisfăcut, anxios, necăjit şi cînd se vede confruntat cu probleme grave, ce par de nerezolvat, sau cu simptome de boală. Resimţi nevoia de a acţiona pentru a schimba situaţia şi cauţi ajutor, atunci când suferi de o tulburare maladivă sau de alte probleme. Dacă în asemenea momente sau

perioade te simţi într-un impas şi ajutorul partenerilor, cunoştinţelor şi prietenilor n-a fost, nici el, suficient, este bine să te gândeşti la un ajutor profesional şi să te informezi asupra posibilităţilor de consiliere sau de terapie. În acest scop este important să te opreşti un moment, să te "reculegi" şi să faci un fel de inventar al problemelor. Aceasta poate servi la clarificarea problemei, la o mai bună formulare a acesteia, la reflectarea asupra persoanei şi a vieţii tale, şi la precizarea situaţiei actuale şi a viitorului dorit. Aceste reflecţii pot fi apoi discutate cu un profesionist cu experienţă şi se va lua eventual decizia pentru terapie.

Făcând acest lucru, se poate să descoperi că ai sentimente ambivalente: pe de o parte, simţi că ar fi binevenit un ajutor, pe de altă parte, nu te hotărăşti totuşi să-l cauţi. Este bine atunci să examinezi cu atenţie motivele acestor ezitări, să le notezi pe hârtie şi să te gândeşti la ele mai mult. Vei putea apoi consulta lista 1 din anexa 2 şi să cântăreşti motivele pentru şi contra. Dacă aceasta nu-ţi este de nici un ajutor, vei putea vorbi despre acest lucru cu o persoană de încredere sau discuta problema cu un terapeut. Începerea eventual a unei scurte terapii de încercare permite luarea unei decizii în cunoştinţă de cauză. Ezitarea poate proveni dintr-un sentiment sănătos care îţi spune că nu-i nevoie să cauţi ajutor şi să consulţi un expert la prima dificultate. Dar ea poate de asemenea să te lipsească de un ajutor realmente justificat, care ar putea să te scutească, pe tine şi pe alţii, de suferinţe inutile. În această alternativă, care este alegerea cea bună? Să discuţi problema cu o persoană de încredere pentru a putea să o înţelegi mai bine.

Dacă problemele sunt de natura celor descrise în capitolele 3 şi 4, dispunem deja de câteva indicaţii. Dar există probleme şi dificultăţi care nu se manifestă sub forma unor astfel de tulburări şi care justifică totuşi un ajutor psihoterapeutic. Ne gândim la persoane care nu suferă în principal de simptomele descrise şi ale căror probleme ies totuşi din categoria dificultăţilor obişnuite. Pentru aceste persoane, poate fi util să încercăm, în timpul sau după un moment de criză, să traducem în cuvinte şi să formulăm dificultăţile lor mai clar. Acest demers este util în aceeaşi măsură şi în cazul tulburărilor descrise în capitolele 3 şi 4, pentru că nu se caută un ajutor pentru a vindeca o tulburare, ci pentru propria persoană.

Este mai uşor să începem acest inventar ordonând şi notând pe hârtie ideile care vin spontan în timpul acestei "meditaţii". Dar poate fi util în aceeaşi măsură să ne folosim apoi de o listă de întrebări care atrag atenţia asupra aspectelor care altfel ne-ar fi scăpat sau s-ar fi prezentat la nivelul conştiinţei mai puţin clar. O listă cu întrebări destul de generale se găseşte în anexă, lista II, A-G. Lista domeniilor problematice (tabelul 11) poate de asemenea să ajute la înţelegerea problemelor. Nu există însă doar dificultăţi şi probleme, ci şi succese, satisfacţii, bucurii, posibilităţi nefolosite, încredere şi speranţă; şi acestea trebuie să figureze într-un astfel de inventar. Pentru aceasta vom găsi de asemenea o listă în anexa pe care o vom putea consulta după ce am notat pe hârtie ceea ce ne-a venit în mod spontan în minte (lista II, H). Rezultatul acestor cercetări va fi apoi rezumat în câteva fraze care vor putea servi drept punct de reper şi de plecare în timpul convorbirii cu un profesionist.

Şi, în final, această analiză ar trebui să conducă la scopurile terapiei: ce mi-ar plăcea să schimb prin terapie şi, s-o spunem deschis, nu numai: de ce aş vrea să scap? ci şi: ce mi-ar plăcea să câştig, în ce mi-ar plăcea să mă schimb şi cum? Caut o soluţie pentru probleme şi tulburări specifice, urmăresc o dezvoltare a personalităţii mele sau este vorba şi de una şi de alta? Doresc o terapie scurtă ţintită sau mă gândesc la altceva?

O dată aflat un prim răspuns provizoriu la aceste întrebări, apare următoarea întrebare:

2. Terapia potrivită fiecărui pacient

2.1. Problematica

Poate părea ciudat să menţionăm în planul doi alegerea metodei terapeutice şi nu pe cea a alegerii terapeutului. Situaţia inversă ar părea poate mai naturală deoarece problema alegerii terapiei este discutată cu terapeutul: ca profesionist, acesta ar trebui să fie mai bine informat decât pacientul şi să posede informaţii complete asupra metodelor.

Din nefericire, terapeutul nu dispune în mod necesar de cea mai bună cunoaştere a metodelor celor mai indicate pentru diferitele tulburări (vezi introducerea şi nota nr. 1). Din această

cauză vom aborda mai întâi problema alegerii metodelor, sperând astfel că vom lămuri pacientul în privinţa complexităţii problemei şi îi vor creşte şansele să găsească cea mai bună metodă, mai degrabă decât cea pe care terapeutul o cunoaşte mai bine şi o preferă. Pacientul ar trebui astfel să fie mai bine pregătit pentru discuţia cu terapeutul.

Ce fel de terapie pentru ce fel de pacient?

Experienţa arată că această întrebare primeşte răspunsuri diferite după practicianul sau autorul consultat în legătură cu acest subiect.

Practicienii răspund la această întrebare, în general, recomandând metoda dezvoltată şi propusă de şcoala căreia îi aparţin. Ei justifică această recomandare printr-o referire la studiile părinţilor fondatori şi ale succesorilor lor reprezentând ortodoxia printre adepţi. Printre autorii menţionaţi în legătură cu acest subiect, Freud îl abordează încă din 1904 şi în 1932 el scrie:

> "Comparată cu alte procedee ale psihoterapiei, psihanaliza este, fără îndoială, cel mai puternic procedeu. Nu este de fapt vorba decât de dreptate, deoarece ea necesită de asemenea cel mai mult efort şi timp şi nu va fi aplicată în cazurile uşoare; în cazurile corespunzătoare ea permite dispariţia tulburărilor, provocarea schimbărilor, ceea ce n-am fi îndrăznit a spera în perioada preanalitică. Dar ea are şi limite, care sunt foarte sensibile" (G.W. XV, p.165).

Această opinie după care psihanaliza ar fi procedeul terapeutic cel mai eficient era perfect justificată în momentul redactării sale şi descria cu exactitate starea de lucruri. Ea este încă foarte răspândită printre practicienii actuali şi o regăsim în numeroase cărţi de terapie şi programe de formare. Progresele realizate de atunci încoace în domeniul psihologiei clinice şi al psihoterapiei nu sunt luate în considerare.

Treizeci de ani mai târziu (1961), Eysenck scrie totuşi:

> "Pacienţii nevrotici trataţi prin procedee psihoterapeutice bazate pe teoria învăţării se ameliorează semnificativ mai repede decât cei trataţi printr-o psihoterapie psihanalitică sau eclectică sau nu sunt trataţi deloc.

Pacienţii nevrozaţi trataţi prin psihoterapie psihanalitică nu se ameliorează mai repede decât pacienţii trataţi prin psihoterapie eclectică şi ar putea chiar să se amelioreze mai încet dacă ţinem cont de marele număr de pacienţi care întrerup tratamentul."

De la începutul anilor '70 pot fi auziţi practicieni ai terapiei familiale şi sistemice care proclamă superioritatea acesteia justificând-o printr-o referire la "o paradigmă nouă" şi prin luarea în calcul a sistemului relaţional în care funcţionează "pacientul desemnat".

Aceste afirmaţii diferite privind superioritatea unei metode asupra alteia sunt bazate în principal pe o argumentaţie globală şi "teoretică". Dacă ne întoarcem spre rezultatele cercetărilor empirice relativ recente, ne apare un tablou foarte diferit. Luborsky (1975), psihanalist şi figură importantă a cercetării în psihoterapie, după studii comparative amănunţite efectuate urmând metoda sa (*box-score method*) ajunge la concluzia că "toată lumea a câştigat şi toţi trebuie să aibă un preţ". Această evidenţiere a diferenţelor nesemnificative privind eficienţa între metodele psihoterapeutice este coroborată de Smith, Glass & Miller (1980) printr-o analiză încă mai sofisticată şi completă, metaanaliza (1977, 1980). Nu există deci deosebire în ceea ce priveşte eficienţa între diferitele metode psihoterapeutice? Sau problema s-ar pune altfel?

Concluziile care tocmai au fost menţionate se găsesc în contradicţie nu numai cu opiniile întâlnite în diferitele şcoli, ci şi cu experienţa clinică a terapeuţilor competenţi şi critici. Este deci o problemă, şi cu atât mai importantă cu cât această constatare a echivalenţei a condus mulţi terapeuţi la alte concluzii care creează de asemenea probleme:

- conservatorii şi ortodocşii au folosit pretextul pentru a nu schimba nimic şi pentru a continua aşa cum se proceda de decenii;
- progresiştii au văzut aici o justificare pentru dezvoltarea unei "terapii unitare" mai mult sau mai puţin standardizate sau a unei abordări eclectice a tratamentului.

Aceasta era situaţia la sfârşitul anilor '70. Care este situaţia dacă consultăm cercetarea mai recentă?

Este adevărat că atât terapia nondirectivă, cât şi terapiile familiale şi sistemice şi multe altele, pentru motive diferite, nu s-au preocupat prea mult de problemele de indicaţie până atunci trecute

cu vederea. Totuşi Freud, s-a văzut, propune reflecţii şi recomandări în legătură cu acest subiect începând cu 1904. Succesorii săi au elaborat şi au sistematizat observaţiile şi ideile sale şi au propus câteva scheme pe care orice terapeut ar fi făcut bine să le fi studiat, dat fiind faptul că ele sunt fructul unei lungi şi profunde experienţe clinice. În ceea ce priveşte terapia comportamentală, a existat interes şi pentru aceasta, deşi într-o manieră diferită şi mai puţin profundă. Aceste tentative ale psihanalizei şi ale terapiei comportamentale n-au permis totuşi să se răspundă la întrebarea privind indicaţia diferenţială deoarece ele erau 1) interne şcolii (psihanaliştii îşi puneau mai ales problema indicaţiei sau contraindicaţiei curei tip sau a uneia din variantele sale sub formă de terapie de inspiraţie psihanalitică; terapeuţii comportamentali se interesau în principal de elaborarea unui proiect şi a unui plan de tratament); şi 2) nu existau suficiente date empirice adecvate controlate în mod rezonabil pentru a le susţine.

Să precizăm deci mai întâi problema indicaţiei diferenţiale şi să vedem apoi cum se poate răspunde la aceasta în prezent.

După Paul (1967), Kiesler (1969) şi unele lucrări mai recente, problema noastră poate fi formulată astfel: ce fel de tratament (T) cu ajutorul cărui terapeut (Th), este indicat şi eficient pentru ce fel de pacient (P) cu ce fel de problemă (Pb) şi care scop (F)?

Să remarcăm imediat că această întrebare aparent simplă este în fond foarte complexă şi că răspunsurile care sunt oferite au origini diverse ca, de exemplu, selecţia făcută de pacientul însuşi, intervenţia persoanelor fără formare psihoterapeutică (prieteni, preot, medic de familie sau generalist) şi a specialiştilor (psihiatri şi psihologi cu o formaţie psihoterapeutică).

Dacă nu luăm în considerare problema decât din momentul în care pacientul se adresează unui profesionist, întrebările care cer răspuns sunt următoarele:

1. Această persoană are nevoie de un ajutor profesionist sau există indicii privind o vindecare spontană? Un ajutor semiprofesionist, autoterapia şi ajutorul aflat în contextul social pot fi suficiente? Aşa cum am văzut în capitolul 4, o problemă, chiar dureroasă, nu cere în mod necesar un tratament şi se poate adesea rezolva în mod spontan, fără terapie.

2. În cazul în care este necesar un ajutor profesionist, se pune întrebarea: psihoterapie, somatoterapie (de exemplu farmacoterapie) sau combinarea celor două? Am vrea să repetăm explicit că unele probleme de suferinţă şi de tulburări psihice pot avea cauze organice, ceea ce face ca tratamentul somatic să fie indispensabil (unele depresii, angoase etc.). Trebuie deci să punem totdeauna problema unui examen medical.

3. Atunci când o psihoterapie se dovedeşte necesară, apar o altă serie de întrebări pe care le putem împărţi în două grupe, în funcţie de faptul că se referă la diagnostic sau la tratament. Întrebarea diagnostic se enunţă: care sunt problemele şi scopurile (terapeutice) ale pacientului? Întrebarea relativă la intervenţie este: care sunt metodele de tratament ce permit atingerea scopurilor vizate? Şi eventual: metodele care sunt preferate de pacient?

Problema alegerii metodei terapeutice comportă trei alte întrebări, discutate în general în legătură cu modelele numite de indicaţie, ca de exemplu modelul selectiv, inventiv şi adaptativ.

Întrebarea referitoare la **indicaţia selectivă** poate fi enunţată: în acest caz cu posibilităţile sale concrete, care din diferitele metode, practicate de care terapeut, oferă cea mai bună posibilitate de a rezolva problemele pacientului şi atingerea scopului său? A răspunde la această întrebare presupune cunoaşterea problemei pacientului şi a posibilităţilor sale de a profita de diferitele metode, cât şi cunoştinţe empirice în materie de condiţii de aplicare şi de eficienţă a acestor metode. Întrebarea ce se referă la **indicaţia inventivă** se pune atunci când nici una din metodele cunoscute nu pare adecvată şi eficientă în problema pacientului. Ea se enunţă: ce intervenţii trebuie să dezvoltăm sau să combinăm pentru a trata cazul prezent? Întrebarea referitoare la **indicaţia adaptativă** se formulează astfel: tipul de tratament fiind selecţionat, cum trebuie să-l adaptăm sau să-l modificăm în funcţie de particularităţile pacientului şi de evoluţia terapiei? Unii pacienţi pot avea acelaşi diagnostic şi probleme asemănătoare pentru care aceeaşi metodă de tratament pare să promită o reuşită. Cu toate acestea, metoda de tratament trebuie să fie aplicată ţinând cont de diferenţele individuale, ceea ce presupune recunoaşterea lor şi un diagnostic ce însoţeşte tratamentul.

Aşa cum se poate vedea, problema diagnosticului presupune un număr mare de variabile şi se raportează la trecut, prezent şi viitor. Ea presupune, în consecinţă, un oarecare factor de incertitudine. Pentru a face faţă acestuia avem nevoie:

- de o serie de informaţii de ordin clinic şi empiric privind variabilele P, Pb, F, T, Th;
- de modele şi de reguli care să permită rezumarea şi integrarea acestor informaţii pentru a răspunde la întrebarea privind indicaţia diferenţială.

Dacă concepem problema indicaţiei ca un proces de luare de decizie, poate fi util să ne întoarcem spre disciplinele care cunosc, de asemenea, acest gen de probleme (de exemplu finanţe, economie, clinică medicală) şi să examinăm mai îndeaproape modelele de luare de decizie care sunt folosite acolo. Şi aici este vorba de probleme caracteristice, între altele, datorită faptului că este vorba de a prezice fenomene şi de a lua decizii în funcţie de aceste predicţii în vederea alegerii unei acţiuni care să permită rezolvarea unei probleme. Pentru a rezolva problemele luării unei decizii, aceste discipline recurg totuşi la modele normativ-algoritmice (adică la modele presupunând procedee normative univoce) care nu sunt aplicabile în practica psihoterapeutică. Trebuie să ne mulţumim deci cu modelele mai slabe, dar care se inspiră din primele.

Aceste modele mai slabe sunt ceea ce numim şi sisteme de reguli euristice, adică sisteme de reguli ce permit găsirea de fapte noi. Ele nu garantează soluţii adecvate şi optimale ale problemei, dar le fac totuşi mai probabile decât tentativele nesistematice obişnuite.

Ele vizează o optimizare a clarităţii şi a preciziei 1) variabilelor intervenind în luarea deciziei şi 2) a justificării raţionale privind regulile luării deciziei.

Aceste modele presupun deci:

- o referire la datele empirice privind variabilele (P, Pb, F, T, Th);
- o taxonomie a problemelor/tulburărilor şi a metodelor de intervenţie;
- dezvoltarea unui ansamblu de reguli valabile, adică eficiente.

Trebuie să subliniem că într-un astfel de model de luare de decizie alegerea unei terapii nu se face în funcţie de o afirmaţie globală de superioritate a unei metode asupra alteia. Ea operează

mai ales în funcţie de variabilele esenţiale ce intervin în procesul terapeutic (P, Pb, F, T, Th) şi de relaţiile lor, ceea ce permite o decizie mult mai adecvată şi diferenţiată.

Acest model cere în plus ca, în pofida oricărei indicaţii diferenţiale, să se pună următoarele întrebări (vezi Patry & Perrez, 1982):

1. Scopul tratamentului este legitim din punct de vedere etic?
2. Tratamentul poate duce la aşa ceva în acest caz?
3. Aplicare acestuia poate fi susţinută din punct de vedere etic?
4. A fost demonstrată eficacitatea sa?
5. Efectele secundare negative sunt absente sau cel puţin sunt de ordinul răului celui mai mic?
6. Tratamentul este compatibil cu cunoştinţele existente?
7. Costul se justifică?
8. Nu există un tratament care ar fi mai bun?

Decizia raţională de a aplica un tratament T pentru a realiza scopul terapeutic F, legitimă din punct de vedere etic, presupune deci că s-au obţinut informaţiile necesare pentru a vedea dacă acesta realizează efectiv condiţiile de la 2 la 7. Aceasta presupune, de asemenea, că s-au examinat toate tratamentele posibile şi că s-au comparat diferitele posibilităţi pentru a decide în final dacă un tratament este aplicabil şi care este acesta. În această luare de decizie, punctele de la 1 la 8 ne spun care sunt condiţiile de luat în considerare, dar nu ne spun cum să decidem între diferitele tratamente posibile.

Aşa cum am spus-o mai înainte, un model de luare de decizie normativ-algoritmic nu este aplicabil în ceea ce priveşte problema noastră, a alegerii tratamentului. Trebuie, din acest motiv, să ne referim la un model euristic, aşa cum a fost propus, de exemplu, de Westmeyer (1979), pentru a justifica decizia luată în materie de alegere a tratamentului. Este vorba de un procedeu de dialog între diferite instanţe care trebuie să analizeze pentru a vedea dacă decizia alegerii tratamentului poate fi considerată ca fundamentată raţional.

După acest model de negociere, practicianul avansează unele argumente pentru a justifica decizia sa în faţa unui examinator care îl chestionează în legătură cu acest subiect şi verifică dacă argumentele avansate sunt acceptabile. În această dezbatere

practicianul şi examinatorul pot să se refere la experţi sau martori independenţi pentru a susţine sau a examina diferitele propuneri. Printre experţi, cercetătorul reprezintă stadiul actual al cercetării (teorie, date, rezultate), metodologul exigenţele metodologice ce trebuie respectate de cercetare, iar teoreticianul ştiinţelor, criteriile ce permit analiza validităţii teoriilor. Raţionalitatea argumentelor avansate de practician în momentul dezbaterii este apoi evaluată de către un judecător independent şi nu de către examinator. Figura 4 poate ilustra schematic această dezbatere.

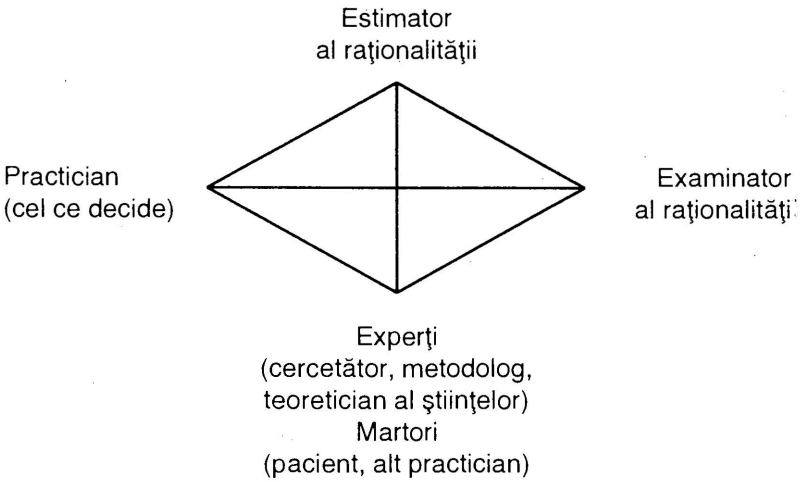


Figura 4: *Model euristic pentru justificarea deciziilor în materie de alegere a tratamentului* (după Westmeyer, 1979, "Die rationale Rekonstruktion einiger Aspekte psychologischer Praxis", in H. Albert şi K.H. Stapf (ed), *Theorie und Erfahrung*, Klett-Cotta, © J.C. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart, 1979).

Pentru a ilustra mai bine acest model şi desfăşurarea negocierii, să dăm un extras dintr-un dialog asemănător care arată, în acelaşi timp, cum procedează - într-un fel de dialog interior - un clinician competent având o formaţie adecvată. Este vorba mai întâi

de justificarea alegerii tratamentului, Th fiind terapeutul, Rp examinatorul raţionalităţii (Westmeyer, 1979, *op. cit.*):

> "Rp1: Aţi luat o decizie clară privind terapia. Cum justificaţi această decizie?
> Th1: Vedeţi, în acest caz, am fost confruntat cu o problemă iniţială clară, problema clientului, şi m-am înţeles cu acesta asupra unor scopuri clare pe care vrem să le urmărim în terapie.
> Rp2: Bine şi atunci?
> Th2: Ei bine, plec de la presupunerea că vom atinge aceste scopuri dacă realizez la acest client într-un mod clar terapia pe care am ales-o.
> Rp3: Ce vă dă această siguranţă?
> Th3: Am putut constata în cercetări diagnostice că acest client aparţine unui grup la care această terapie este în mod deosebit indicată.
> Rp4: Nu este suficient! Vă bazaţi în mod clar pe o regulă tehnologică determinată care recomandă realizarea unui tratament determinat în vederea obţinerii de scopuri clare atunci când sunt clarificate o problemă iniţială şi un diagnostic.
> Th4: Este adevărat.
> Rp5: Dar cum justificaţi atunci că v-aţi lăsat ghidat de această regulă tehnologică pentru a lua decizia?"

În continuarea negocierii, terapeutul îşi poate justifica alegerea folosindu-se de cercetările empirice care stabilesc că tratamentul ales atinge scopul vizat în mod semnificativ mai frecvent decât remisia spontană, şi niciodată mai puţin bine decât tratamentele alternative. Este de asemenea posibil să fie nevoie să examinăm calitatea clinică şi metodologică a lucrărilor de cercetare utilizate şi concluziile care apar din acestea şi să le comparăm, pentru că există lucrări de cercetare bune şi mai puţin bune. După care se va ajunge, poate, la concluzia că diferite decizii de tratament se dovedesc la fel de bine fundamentate, deşi îndeplinesc diferitele criterii în mod inegal.

Dar ce se întâmplă atunci când astfel de cercetări empirice nu sunt încă disponibile şi când trebuie totuşi să luăm o decizie, aşa cum este adesea cazul în practica (psiho) terapeutică? În această situaţie, practicianul poate să-şi justifice alegerea referindu-se la o

teorie ştiinţifică şi bine fundamentată. Aceasta lasă totuşi fără răspuns ultima întrebare a examinatorului, adică: de ce clinicianul n-a recurs la metode de tratament existente şi experimentate în ceea ce priveşte scopul urmărit? La această ultimă întrebare practicianul ar putea răspunde remarcând că cercetările privind aceste tratamente au arătat o eficienţă insuficientă şi că costul tratamentului este foarte ridicat, dat fiind numărul mare de şedinţe necesare.

Tocmai am văzut cum sunt posibile luări de decizii raţionale în ciuda complexităţii problemei indicaţiei diferenţiale. S-a confirmat de asemenea că era nevoie de unele date empirice privind diferitele variabile. Aceste date nefiind încă disponibile în cantitatea dorită, ne putem întreba dacă, în materie de indicaţie diferenţială, dispunem deja de o cunoaştere empirică pertinentă care să depăşească ipoteza echivalenţei efectelor psihoterapeutice. În plus, ar merita să cunoaştem ceea ce datele empirice disponibile permit să se afirme în legătură cu alegerea metodei de intervenţie.

Înainte de aceasta, am mai vrea să atragem atenţia asupra faptului că modelul de negociere de mai sus conduce la alegeri ale tratamentului care sunt raţionale, dar nu obligatorii. Mai mult, aplicarea acestui model în practica psihoterapeutică este încă mai degrabă excepţia decât regula, nu numai pentru faptul că multor clinicieni nu le prea pasă de datele empirice, ci şi deoarece cunoştinţele noastre în materie de eficienţă, de efecte secundare, de cost şi de beneficiu sunt încă incomplete. Codul acestui model de negociere este încă relativ puţin elaborat. Dar am vrea de asemenea, să insistăm şi să spunem că, în ciuda acestor lipsuri, aplicarea lui în practica psihoterapeutică ne obligă să explicăm alegerea noastră şi ne ajută astfel foarte probabil să alegem mai bine.

Care este deci aportul cercetării empirice clinice recente la soluţionarea problemei indicaţiei diferenţiale?

Acest aport poate fi rezumat în trei puncte, spunând că această cercetare empirică recentă:

1) a furnizat un oarecare număr de date empirice ce intervin în formularea modelului de negociere;

2) a scos în evidenţă diferenţele ce există la nivelul efectelor şi al proceselor terapeutice, şi a infirmat în consecinţă teza echivalenţei efectelor şi concluziile care s-au dorit a se trage din aceasta;

3) a arătat că diferenţele găsite sunt importante pentru procesul indicaţiei diferenţiale.

Smith, Glass & Miller (1977, 1980) au găsit deja uşoare diferenţe, la nivelul metaanalizei, în favoarea terapiilor comportamentale cognitive. Aceste diferente au fost regăsite mai târziu în lucrări independente (Andrew & Harvey, 1981; Shapiro & Shapiro, 1982; Nicholson & Berman, 1983; Wittmann & Matt, 1986), dar sunt încă controversate.

Studiile comparative directe asupra populaţiilor mixte şi specifice şi studiile asupra evaluării efectelor şi proceselor în tulburări specifice furnizează totuşi indicaţii mai bogate pentru clinician. Astfel, deja înainte de 1980, Grawe (1976) şi Plog (1976) au făcut un studiu bine controlat, comparând terapia rogeriană şi terapia comportamentală la pacienţi fobici, în care au putut constata efecte diferenţiale şi au arătat importanţa lor pentru alegerea terapiei. De fapt, rezultatul mediu global bazat pe măsurători multiple era aproape acelaşi pentru cele două terapii; analiza diferenţială a configuraţiilor schimbărilor a pus totuşi în evidenţă diferenţe semnificative în spectrul efectelor şi în maniera în care au fost obţinute. În ceea ce priveşte alegerea terapiei, Grawe ajungea la concluzia că gravitatea şi centralitatea simptomatologiei sunt factori esenţiali.

Cercetarea lui Grawe n-a rămas singura care a pus din nou în discuţie ipoteza echivalenţei efectelor. O serie întreagă de alte lucrări au condus la concluzia că există efectiv diferenţe nete în materie de desfăşurare şi de efecte ale diferitelor psihoterapii şi că aceste diferenţe pot fi importante pentru alegerea metodei de tratament.

Caine, Wijesinghe & Winter (1981) prezintă în cartea lor *Personal Styles in Neurosis* o serie de investigaţii făcute în clinici engleze asupra relaţiei ce există între stilurile personalităţii (ale pacienţilor), terapia comportamentală şi terapia nondirectivă de grup. Aceşti autori descriu şi stabilesc două tipuri de personalitate care se caracterizează prin trăsături şi atitudini, caracteristici simptomatice şi aşteptări privind tratamentul. Tipul introvertit se caracterizează prin preocupări dirijate spre interior, deschidere spre experienţa nouă şi atitudini sociale radicale, aptitudini verbale crescute, o simptomatologie difuză şi probleme interpersonale. El se aşteaptă la un tratament care preferă metodele mai puţin orientate spre simptom, mai puţin structurate şi mai puţin directive;

metodele introspective şi nondirective, de exemplu terapia rogeriană şi terapia nondirectivă de grup, par mai indicate în această situaţie. Tipul extravertit manifestă preocupări pentru lumea exterioară, o orientare a experienţei selective şi o atitudine conservatoare, aptitudini practice crescute şi aptitudini verbale slabe, o simptomatologie relativ circumscrisă ce se raportează la evenimente exterioare şi o puternică referire la sine. El se aşteaptă la un tratament care să prefere metodele structurate şi directive, centrate pe simptom; metode ce implică acţiunea, centrate pe simptom, cum ar fi terapia comportamentală, sunt de recomandat îm mod preferenţial în acest caz. Autorii au putut arăta şi faptul că tipul introvertit răspunde mai bine la o terapie nondirectivă de grup şi că reuşeşte, de asemenea, mai bine cu o asemenea terapie. Tipul extravertit, cel la care percepţia simptomelor ocupă un loc important, reacţionează, dimpotrivă, mai bine la terapia comportamentală. Acest lucru oferă un indiciu important pentru alegerea terapiei, gravitatea şi importanţa care se dă simptomatologiei fobice având o pondere importantă, aşa cum a constatat deja Grawe (1976).

Tress (1983) a făcut o altă cercetare comparativă interesantă, studiind efectele desensibilizării sistematice, ale imaginaţiei catatimice (o tehnică a visului treaz dirijat) şi a trainingului autogen la pacienţi fobici spitalizaţi (agorafobie, claustrofobie, fobie cardiacă şi teama de autoritate). Pacienţii au fost distribuiţi la întâmplare între cele trei forme de tratament (patru şedinţe pe săptămână, timp de patru săptămâni). Rezultatele au fost următoarele: pacienţii trataţi prin training autogen nu prezentau ameliorarea simptomatologiei, ci numeroase agravări la nivelul scărilor de personalitate; desensibilizarea sistematică conducea la cea mai bună reducere a simptomelor, dar numai la schimbări mediu pozitive la nivelul personalităţii; imaginaţia catatimică producea o reducere a simptomelor mai degrabă slabă, dar în domeniul personalităţii pacienţii se dovedeau net mai extravertiţi, mai senini şi mai "virili". Ne găsim deci în faţa unor efecte opuse celor obţinute prin desensibilizarea sistematică. Altfel spus:

> "...Procedee ca imaginaţia catatimică stimulează puternic sfera trăirii în ansamblul său şi confruntă pacientul cu propria persoană... Desensibilizarea sistematică, din contră, favorizează înainte de toate ameliorarea simptomatologiei ţintită prin

parametrii diagnosticului comportamental, fără a stimula într-un mod substanțial întâlnirea pacientului cu sine însuși" (Tress, 1983)".

Cercetările lui A.E. Meyer și ale grupului său (1981), ce compară terapia psihanalitică focală cu terapia nondirectivă la pacienții psihosomatici, au scos de asemenea în evidență efecte diferențiale. Mai mult, ele au condus la rezultate surprinzătoare. La pacienții tratați prin terapie nondirectivă, autorii au găsit într-adevăr schimbări pozitive pentru caracteristicile următoare: tulburări psihosomatice, depresie, sociabilitate, masculinitate, anxietate manifestă, imagine de sine, stare de tensiune și stimă față de sine. Pacienții tratați prin terapie psihanalitică focală, dimpotrivă, manifestau schimbări mai puțin numeroase și mai mici și nu schimbări la nivelul tulburărilor psihosomatice. Surprinzător aici este rezultatul pozitiv obținut prin terapia non directivă în tulburările psihosomatice și spectrul de efecte mai mici și mai slabe ale terapiilor psihanalitice focale care cereau în medie șapte ședințe în plus. Absența schimbării este, de asemenea, surprinzătoare la nivelul tulburărilor psihosomatice[1].

Deși prezintă părți slabe la nivelul descrierii pacienților, a tratamentului și a rezultatelor și deși n-a prezentat o diferență semnificativă între formele de psihoterapie studiate, am vrea să mai menționăm și studiul lui Cross și al. (1982). Într-adevăr, acest studiu ce compară o combinație de analiză tranzacțională și de *Gestalttherapie* cu terapia comportamentală la pacienți nevrozați (douăsprezece ședințe în trei luni) ajunge la alte rezultate surprinzătoare și interesante: la "Personal Orientation Inventory", care măsoară tendințele spre actualizarea sinelui și este considerată ca specifică metodelor tranzacționale și gestaltiste, pacienții tratați prin terapie comportamentală obțineau rezultate mai bune!

Ca ultim exemplu de lucrări de cercetare care au furnizat rezultate în același timp surprinzătoare și importante pentru alegerea terapiei, am vrea să menționăm una din lucrările grupului

[1] În ceea ce privește alte lucrări de cercetare privind tratamentul psihanalitic al tulburărilor psihosomatice, vezi Senf & von Rad (1990), Grawe și al.

lui Grawe. Într-o cercetare foarte aprofundată și bine controlată, Grawe, Caspar & Ambühl (1990) au comparat efectele obținute la pacienți nevrotici prin terapia comportametală interacțională (individuală și de grup), terapia comportamentală multimodală (Broad Spectrum Therapy), și terapia nondirectivă. Rezultatele indică clar că o comparație globală a mediilor obținute nu arată vreo diferență între cele patru forme de terapie și că diferențele la nivelul efectelor și al proceselor de schimbare nu apar decât la analiza configurațiilor rezultatelor.

Din acest studiu bogat în informații să reținem doar două lucruri: portretele empirice importante pentru stabilirea indicațiilor și un rezultat surprinzător. Să ne oprim mai întâi la rezultatul surprinzător: el constă în faptul că pacienții, care se simțeau grav tulburați în ceea ce privește starea lor de bine și la nivelul comportamentului lor social și care sufereau de simptome psihopatologice, aveau puține șanse, împotriva oricărei așteptări, să vadă că problemele lor cele mai importante se ameliorează datorită terapiei multimodale. Pentru pacienții suferind de tulburări ușoare, din contră, această formă de terapie s-a dovedit eficientă. Acest rezultat este surprinzător, deoarece se admite în general că această formă de terapie este indicată în special pentru problemele complexe și grave. Oricare ar fi interpretarea care s-ar putea da acestui rezultat, el arată, o dată în plus, că efectul unei intervenții și al unei terapii nu poate fi cunoscut pornind doar de la afirmațiile teoretice, ci că el trebuie în mod absolut să fie stabilit în mod empiric.

Portretele empirice ale celor patru forme de terapie pot fi trasate, în ceea ce privește indicația diferențială, după Grawe, Caspar & Ambühl (1990) astfel:

> "În cazul terapiei comportamentale interacționale (IVT), nu se constată practic relații semnificative între caracteristicile inițiale ale pacienților și succesele lor terapeutice. Nu se poate prezice, pornind de la caracteristicile preterapeutice, dacă un pacient va cunoaște succesul în terapia comportamentală interacțională. Succesul terapeutic depinde în mod vizibil, în această condiție terapeutică, de procesele ce se desfășoară în cadrul și în timpul terapiei și nu este determinat înainte prin unele caracteristici ale pacientului care ar fi independente de terapie. În principiu,

pacienţii de tip foarte diferit prezintă deci o aptitudine egală pentru această terapie. Domeniul indicaţiei terapiei comportamentale interacţionale (IVT) nu este restrâns, în sensul că unii pacienţi determinaţi ar avea şanse de succes mai mici chiar de la început".

Pentru terapia comportamentală interacţională făcută în grup, ceea ce tocmai s-a spus se dovedeşte aproape la fel de valabil:

"Şi aici nu găsim decât câteva slabe relaţii statistice semnificative şi de altfel nu prea puternice între caracteristicile iniţiale ale pacienţilor şi rezultatul lor terapeutic. Din acest motiv, trebuie să recunoaştem terapeuţilor interacţionali că ei au reuşit în mod vizibil bine să realizeze unul din scopurile lor terapeutice: să adapteze flexibil oferta lor relaţională şi procedeul lor de tratament la condiţiile impuse în terapie de către pacient".

În mod surprinzător, lucrurile se prezentau cu totul diferit pentru terapia multimodală (TMM):

"În cazul terapiei TMM, se găsesc o multitudine de corelaţii foarte strânse şi foarte semnificative între valorile pretest ale pacienţilor şi rezultatul lor terapeutic. Relaţiile sunt atât de consistente şi atât de strânse [...] încât putem vorbi aici de o restricţie foarte pronunţată şi, din punct de vedere clinic, puternic pertinentă în ceea ce priveşte indicaţia. Persoana care suferă de anxietate socială însemnată se simte incapabilă la nivelul relaţional, este în mod considerabil handicapată din punct de vedere emoţional şi prezintă simptome psihopatologice, având şanse de succes foarte nefavorabile în forma TMM pe care am studiat-o. Altfel spus, aceasta înseamnă că terapeuţii TMM au fost în mod deosebit eficienţi cu pacienţii care erau în mod deosebit puţin tulburaţi. La aceşti pacienţi, care sunt în ansamblu puţin tulburaţi, ei obţin o reducere importantă a problemelor principale, dar nu se întâmplă acelaşi lucru la pacienţii care, alături de problemele evaluate prin scări ce măsoară atingerea scopului erau şi altfel handicapaţi".

Pentru terapia nondirectivă s-a găsit de asemenea o relaţie consistentă şi importantă între reuşita terapeutică globală, cele trei probleme principale şi unele caracteristici iniţiale ale pacienţilor:

"Pacienţii suferind de anxietate socială însemnată, cu rezonanţă socială slabă [...] şi pacienţii care sunt percepuţi ca fiind puţin iubiţi, puţin permeabili, incapabili din punct de vedere relaţional, inhibaţi, supuşi şi având nevoie de ajutor, au puţine şanse să ajungă la un rezultat terapeutic bun. Invers, aceasta înseamnă că mai ales pacienţii care au o anxietate socială redusă şi dispun de capacităţi relaţionale bune, ce sunt persoane considerate de către anturaj ca sociabile-serviabile, cordiale-amabile, dezinteresate şi devotate (...) vor putea profita în mod deosebit de terapia nondirectivă. Spre deosebire de TMM, faptul că suferă de simptome psihopatologice şi de tulburarea generală a stării de bine n-are importanţă pentru rezultatul terapeutic în cazul terapiei nondirective. Chiar pacienţii mai sever tulburaţi pot deci profita de terapia nondirectivă dacă aduc în terapie un repertoriu comportamental social bun şi o bună capacitate relaţională. Acest rezultat înseamnă de asemenea o destul de puternică restricţie a domeniului indicaţiei terapiei nondirective. Printre pacienţii suferind de tulburări însemnate ale comportamentului interpersonal, cei care vor să profite de terapia nondirectivă ar trebui să aducă în terapie situaţii relaţionale bune".

2.2. Indicaţii utile

Lucrările pe care tocmai le-am citat arată deci în mod clar că există diferenţe privind efectele şi că acestea nu corespund în mod necesar afirmaţiilor şcolilor. Împreună cu alte cercetări empirice, ele au arătat şi faptul că aceste diferenţe sunt importante pentru alegerea terapiei. În problema alegerii, este deci util să ne orientăm mai puţin în funcţie de promisiunile teoriei, cât după rezultatele cercetărilor empirice asupra efectelor terapeutice - ceea ce presupune că se cunosc datele cercetării.

În psihoterapie, cercetarea clinică recentă n-a infirmat, totuşi, numai afirmaţia privind echivalenţa efectelor terapeutice, ea a îmbogăţit şi cunoştinţele empirice privind condiţiile ce determină reuşita. Mai mult, rezultatele fac necesară corecţia unor idei

curente şi tradiţionale în materie de indicaţie, de efecte şi de procese terapeutice.

În ceea ce priveşte şansele reuşitei terapeutice, cercetarea cea mai recentă subliniază mai întâi importanţa acordului de lucru, cât şi cea a caracteristicilor pacientului şi ale terapeutului care îl fac posibil. Ea subliniază în egală măsură importanţa pentru pacient de a putea să-şi aleagă terapeutul şi metoda de tratament şi pentru terapeut de a-şi alege pacientul, interesul deci, care poate exista pentru amândouă părţile pentru ca pacientul să consulte mai mult de un terapeut înainte de a se decide şi să i se ofere posibilitatea de a negocia scopul şi modalităţile tratamentului.

Din punct de vedere al terapeutului, cercetarea arată importanţa flexibilităţii, ceea ce nu este sinonim cu procedeul "încercare-eroare" sau cu un eclectism sălbatic. Pentru că din punct de vedere al tratamentului, cercetările arată mai degrabă importanţa unei oarecare "purităţi" sau, mai bine poate, a unei oarecare coerenţe, la fel ca şi aceea de a rămâne "centrat", de a nu pierde firul conducător. Şi aceasta nu este valabil doar pentru terapiile scurte.

Cercetarea arată, de asemenea, importanţa de a nu te mulţumi cu "aspectul înţelegere" al terapiei, ci să fie luat în considerare şi "aspectul acţiune" (executarea de exerciţii, obţinerea de competenţă).

O altă condiţie importantă ce apare din ce în ce mai clar este calitatea indicaţiei diferenţiale. Pentru că de ea depinde înţelegerea tuturor factorilor esenţiali ce intervin în cazul concret la nivelul alegerii şi al realizării scopurilor terapeutice.

În ceea ce priveşte ideile noi în materie de indicaţie, pare util să atragem atenţia asupra următoarelor aspecte:

1. Există o importantă carenţă a cercetării în ceea ce priveşte terapiile chiar foarte cunoscute, cum ar fi psihanaliza şi terapiile familiale şi sistemice, în legătură cu efectele terapeutice. Pentru psihanaliză, de exemplu, încă nu există cercetări controlate care să stabilească în mod satisfăcător eficienţa sa terapeutică pentru depresii, crizele de panică, fobiile, anxietatea socială, anxietatea generalizată şi tulburările obsesionale-compulsive, pentru care este recomandată totuşi ca tratament preferenţial[2]. Aceasta nu

înseamnă, evident, că aceste terapii n-au efect sau că nu pot să-l aibă. Dar este necesar şi urgent să stabilim în sfârşit efectele lor într-un mod adecvat. Caracterul neplăcut al acestei situaţii, şi pe care îl regăsim pentru multe alte forme de psihoterapie, apare clar atunci când se consideră că tratametele psihofarmacologice nu sunt admise decât după ce au trecut cu succes mai multe faze de experimentare. Mai mult, după etica profesională a psihologilor, ceea ce datorăm pacienţilor noştri nu este doar un tratament, ci cel mai bun tratament posibil. Şi apoi jurisprudenţa în drept medical, codul deontologic al psihologilor nu spune că tratamentul trebuie să fie conform datelor actuale ale ştiintei?

2. În legătură cu frecvenţa şedinţelor şi durata terapiei, avem prea mult tendinţa să uităm că majoritatea terapiilor se desfăşoară cu o frecvenţă mică a şedinţelor şi sunt relativ scurte şi că în multe cazuri se obţin rezultate cu totul satisfăcătoare în douăzeci până la cincizeci de şedinţe. Nu se pot trata, bineînţeles, cu succes toate problemele şi tulburările printr-o terapie scurtă; orice lucru cere un anumit timp: tulburările borderline, de exemplu, cer mai mult timp decât unele tulburări anxioase sau depresiile lejere (vezi Budman & Gurman, 1988; Howard şi al., 1986).

3. În ceea ce priveşte indicaţia diferenţială, ar fi timpul să renunţăm la un stereotip pe care îl moştenim probabil, printre altele, de la Wolberg (1967) şi după care ar exista trei tipuri de terapii şi de efecte corespunzătoare:

- terapia de susţinere: ea vizează şi obţine o înlăturare a simptomului prin întărirea măsurilor de apărare şi prin dezvoltarea mecanismelor noi de control. Ca exemplu se citează adesea hipnoza sugestivă, consilierea psihologică, catharsis-ul emoţional (adică purificarea sufletului şi spiritului prin exprimarea emoţiilor) şi desensibilizarea;
- psihoterapia reeducativă: ea vizează şi efectuează o schimbare

[2] Pentru un inventar privind cercetarea asupra efectelor psihoterapiei vezi Meyer şi al. (1991) şi Grawe şi al. Rezumate şi concluzii asupra cercetărilor mai puţin exhaustive şi detaliate în legătură cu acest subiect se găsesc la Lambert, Shapiro & Bergin (1986).

de structură parţială, în vederea unei modificări directe a comportamentului şi a relaţiilor interumane (interpersonale), cu sau fără înţelegerea conflictelor conştiente. Exemplele citate sunt terapiile nondirective, psihodrama şi terapia comportamentală;
- psihoterapia reconstructivă: ea vizează şi obţine o schimbare curativă a structurii şi a dezvoltării pacientului prin întelegerea şi formularea conflictelor inconştiente şi a structurii personalităţii. Au fost date ca exemple psihanaliza, psihoterapia analitică, analiza existenţială şi analiza tranzacţională etc.

Această clasificare (şi ceea ce ea avansează) este sigur foarte plauzibilă şi satisfăcătoare pentru spirit (şi binefăcătoare pentru narcisismul unor terapeuţi). Cât despre fapte, este totuşi inexactă şi, în ceea ce priveşte vindecarea de structură, contrazisă de cercetare, chiar de cea psihanalitică, aşa cum reiese, între altele, din concluziile lui Wallerstein (1989); vezi capitolul asupra cercetării în psihoterapie din anexă.

Rezultatele cele mai recente sugerează, între altele, să se renunţe la ideea după care cazurile uşoare şi fobiile simple sunt pentru terapia comportamentală, iar cazurile complexe şi grave pentru psihanaliză. Opinia după care conflictele personale şi intrapsihice, cât şi relaţiile problematice cu persoanele importante din copilărie ar fi accesibile doar psihanalizei, dar nu la îndemâna terapiei comportamentale, trebuie să fie contrazisă o dată cu dezvoltarea terapiei comportamentale interpersonale. Mai mult, tratamentul cazurilor complexe nu necesită totdeauna măsuri complexe. În acest context, trebuie să atragem atenţia şi asupra faptului că terapia comportamentală permite astăzi tratarea unor probleme la fel de dificile ca tulburările borderline (Linehan, 1987; 1990) şi că ea a produs chiar probabil cele mai bune dovezi privind efectele pozitive în acest domeniu.

4. În ceea ce priveşte tratamentul farmacologic al depresiilor şi tulburărilor nevrotice, ne vom aduce aminte că cercetarea recentă arată că în multe cazuri de depresii majore, dar nu în toate, o psihoterapie (terapie cognitiv-comportamentală sau terapie interpersonală) este de asemenea eficientă şi mai bine tolerată deecât tratamentul farmacologic şi că, în domeniul tulburărilor anxioase, terapia comportamentală a dezvoltat tratamente la fel de

eficiente, mai binè tolerate şi care nu antrenează dependenţă. Ne vom aduce aminte, de asemenea, de ceea ce Tyrer (1989), un clinician şi cercetător, spune în ceea ce priveşte tratamentul majorităţii tulburărilor nevrotice: "...psihoterapie mereu, antidepresive câteodată şi medicamentaţie antianxiogenă cu parcimonie...", psihoterapia fiind pentru acest autor înainte de toate terapia comportamentală.

Alte câteva indicaţii utile pentru alegerea unei terapii şi sugerate de cercetarea în domeniu ar putea fi rezumate astfel:

1. Alegerea terapiei ar trebui să se bazeze pe rezultatele cercetării ştiinţifice şi să se facă după un proces de decizie raţională.

2. Atunci când se dispune de o metodă de tratament specifică pentru o problemă sau o tulburare, aceasta ar trebui să fie preferată.

3. Atunci când există metode diferite pentru a trata o problemă sau o tulburare, ar trebui consultată cercetarea comparativă în domeniu.

4. Dacă se propun metode diferite, mai mult sau mai puţin echivalente, pentru tratamentul unei tulburări, poate să fie avantajos să nu urmăm tratamentul standard, ci să alegem o combinaţie de elemente eficiente adaptate pacientului şi tulburării sale.

5. Dacă se combină terapia psihodinamică şi terapia comportamentală, vom reflecta asupra avantajului pe care l-am avea începând printr-o terapie comportamentală ţintită. În unele cazuri, în ciuda unei terapii comportamentale reuşite, pacientul poate dori să aprofundeze formularea conflictelor sale. Această dorinţă poate fi satisfăcută printr-o terapie experienţială sau printr-o terapie de tip psihanalitic. Pe cât se poate, ar trebui bineînţeles să se indice procedeele psihoterapeutice şi să fie duse până la capăt în "forma lor pură". În cazul în care acest lucru se dovedeşte nesatisfăcător, nu există motiv pentru a nu modifica tratamentul sau a schimba metoda.

După ce aţi analizat şi aţi clarificat problema şi după ce aţi

primit informaţii asupra metodelor de tratament şi asupra eficienţei lor, întrebaţi-vă încă o dată care sunt recomandările de tratament care se desprind din literatura ştiinţifică în ceea ce priveşte problema dumneavoastră. Le veţi găsi la sfârşitul secţiunii consacrată diferitelor tulburări. Discutaţi rezultatele acestei investigaţii cu terapeutul dumneavoastră.

3. Căutarea şi alegerea unui terapeut

Al treilea pas pe drumul ce duce la o decizie de a face o psihoterapie constă în a căuta şi a alege un terapeut, un "bun" terapeut, bineînţeles. Alături de pacient, el este într-adevăr factorul terapeutic cel mai important, dat fiind faptul că acesta determină într-un mod esenţial climatul şi legătura terapeutică şi că realizează, "aplică", mai mult sau mai puţin bine, metoda de tratament. În plus, aşa cum subliniază, cu dreptate, psihanaliza, el nu poate, în investigarea problemei unui pacient, să depăşească limita pe care a atins-o el însuşi. În legătură cu acest lucru trebuie să subliniem că există în psihoterapie, ca în toate profesiile, practicieni care sunt buni şi dotaţi, şi alţii care sunt mai puţin. În plus, un terapeut bun nu va fi în mod necesar bun pentru toate problemele şi nu convine neapărat tuturor pacienţilor; el are puterile şi slăbiciunile sale, avantajele şi dezavantajele sale. Este vorba deci de a găsi pe cineva care să poată să recunoască şi să structureze problemele dumneavoastră. El trebuie să cunoască metodele ce-i permit să le rezolve şi trebuie să fie capabil să le aplice. Acesta trebuie să fie cineva cu care *dumneavoastră* să puteţi lucra. Este vorba deci de probleme de competenţe, de corespondenţă sau de afinitate, de probleme privind competenţele profesionale, calităţile umane şi trăsăturile de personalitate ale terapeutului. Dar se pune şi întrebarea: cum şi unde aş putea să-l găsesc?

Înainte de a aborda această întrebare, aş dori să vă invit să facem exerciţiul următor: încetaţi un moment activităţile dumneavoastră şi gândiţi-vă la modul în care se prezintă terapeutul pe care doriţi să-l aveţi şi notaţi pe hârtie ideile care vă vin în minte.

3.1. Caracteristicile profesionale ale terapeutului

Sunt caracteristicile care se descriu şi se recunosc probabil cel mai bine cercetând studiile, formarea şi experienţa profesională: ce studii a făcut, cum şi unde? Care sunt metodele pe care le foloseşte realmente în practica sa şi cum le aplică? Ce propune în materie de terapie?

3.1.1. Formarea

Multe drumuri duc la meseria de psihoterapeut. Nu ne putem referi aici la această diversitate şi ne vom limita la formarea cea mai des întâlnită. Pornind de la studii de medicină sau de psihologie clinică, ea duce la o formare specializată în psihoterapie într-un institut de formare. Acesta transmite bazele "meseriei", care sunt în cea mai mare parte a timpului, dar nu întotdeauna, limitate la perspectiva şcolii de psihoterapie căreia îi aparţine institutul[3]. În cazul cel mai fericit (ceea ce este excepţia mai degrabă decât regula), formarea sa sau locul de muncă ulterior va da candidatului ocazia să cunoască şi să practice alte forme de tratament.

Cele două studii de bază (medicina sau psihologia clinică) sunt amândouă insuficiente şi au amândouă avantajele şi dezavantajele lor. Medicul are avantajul de a cunoaşte şi de a trăi îndeaproape boala, suferinţa şi moartea şi situaţiile umane corespunzătoare; el trebuie să acţioneze în mod responsabil în această problemă. Îi lipseşte totuşi o formaţie psihologică de bază. Psihologul este mai puţin direct confruntat cu boala, suferinţa şi moartea, dar are avantajul unei formări aprofundate în psihologie (în ceea ce priveşte dezvoltarea, învăţarea, personalitatea, metodele de intervenţie etc.) şi adesea şi în domeniul cercetării.

Formarea specializată transmite cunoştintele terapeutice şi competenţele practice necesare diagnosticului, indicaţiei şi tratamentului problemelor şi cazurilor din practica clinică cotidiană. Ea presupune cursuri, seminarii pe bază de cazuri şi munca practică sub supraveghere (adică însoţirea, controlul şi ajutorul dat de un terapeut experimetat exterior terapiei). În afară de formarea terapeutică generală, ea poate să însemne de asemenea specializări în unele domenii, ca de exemplu: alcoolism,

[3] În ceea ce priveşte concepţia şi exigenţele noi în materie de formare pentru psihoterapie, se va consulta Huber (1993, p. 320-331).

schizofrenie, depresie, probleme sexuale şi de cuplu etc. Aceste specializări pot şi ar trebui aprofundate pe parcursul unei formări continue. La aceasta se adaugă experimentarea personală (în parte individuală, în parte de grup) a metodei terapeutice alese ce poate fi făcută sub formă de "analiză didactică" (sau mai bine, analiză personală) sau prin aplicarea unor metode potrivite problemelor personale. Importanţa pe care o acordă diferitele şcoli acestei experienţe personale este foarte variată şi putem, pe bună dreptate, să ne întrebăm dacă, de exemplu, o psihanaliză practicată mai mulţi ani este condiţia indispensabilă pentru a deveni un bun psihoterapeut. Mulţi terapeuţi nu consideră necesară o astfel de psihanaliză personală prelungită, ci apără mai degrabă o punere în discuţie a propriei persoane şi o investigaţie a motivelor pentru care au ales această meserie. Un terapeut ar trebui de altfel să-şi pună la încercare opinia, valorile şi întrebările şi, de asemenea, să trăiască "în carne şi oase" efectele actelor sale împreună cu pacienţii. Aceasta poate cere câteva luni de muncă intensă, poate dura mai mult de un an şi ar trebui continuat printr-un "examen de conştiinţă" profesional regulat. Pentru că în psihoterapie este vorba de probleme ce privesc viaţa şi valorile, şi viaţa este bogată şi schimbătoare. Aceasta ne conduce la următorul subiect al lucrării.

3.1.2. Experienţa terapeutului

Aceasta este o a doua problemă importantă, un lucru ce se poate percepe, dar pe care este dificil să-l măsurăm. Experienţa nu se manifestă în mod necesar prin păr cărunt, un aer important şi serios, chiar dacă ea necesită o muncă aprofundată, cu un număr oarecare de cazuri pe o perioadă prelungită; importante sunt maniera şi modul în care au fost lucrate cazurile sale. Această experienţă nu înseamnă doar înţelegerea şi structurarea problemelor şi cunoaşterea evoluţiei lor reale, ci şi cunoaşterea propriilor sale posibilităţi de intervenţie - ea este deci şi o "cunoaştere de sine profesională". Experienţa ar permite deci o mai bună apreciere a unei probleme, motiv pentru care, eventual, poate fi important să ceri sfatul unui terapeut experimentat, chiar dacă acesta nu se poate ocupa de tratament. Mai ales în cazurile dificile experienţa terapeutică poate oferi o şansă mai mare într-o terapie condusă după regulile artei. Dar trebuie să subliniem că terapeuţii

mai puţin experimentaţi pot câteodată să compenseze această lipsă de experienţă printr-o muncă aprofundată, prin entuziasmul şi angajamentul lor; aceasta este valabil şi pentru cazurile grave. Cine a lucrat câţiva ani într-o clinică cunoaşte cazuri în care un tânăr asistent a reuşit acolo unde nu reuşea cel în vârstă, probabil pentru că o mai bună relaţie, respectiv o mai bună relaţie de lucru, a compensat experienţa mai redusă. Nu trebuie de altfel să uităm că în plus faţă de experienţa generală, o experienţă specializată poate fi extrem de importantă şi de necesară. Să menţionăm experienţa în domeniul unor tulburări (alcoolism, anorexie nervoasă, tulburări borderline, panică, obsesii-compulsii etc.) şi cu unele grupuri de pacienţi (grupe de vârstă, muncitori imigranţi, mai defavorizaţi din punct de vedere economic, şomeri, femei bătute, imigranţi, handicapaţi etc.).

Această experienţă se câştigă printr-o meditaţie critică, aprofundată şi prelungită, asupra muncii sale profesionale şi a muncii celuilat, care se desfăşoară în cadrul supervizărilor, discuţiilor de caz ale echipei ce acordă îngrijire sau în comunităţile de lucru şi de cercetare specializate. Cum amatorul nu poate niciodată să recunoască această experienţă, el trebuie să se încreadă în unele indicii: recomandări competente, apartenenţa la instituţii sau asociaţii profesionale de calitate şi specializate (la psihologi, de asemenea, recunoaşterea sau nu de către o instituţie de asigurare de boală), şi informaţii privind activitatea profesională în posturi cu responsabilitate sau de conducere. La psihologi recunoaşterea de către un organism de asigurare şi apartenenţa la o asociaţie de specialişti care nu acceptă decât terapeuţi calificaţi specializaţi[4], este criteriul de calificare cel mai fiabil.

[4] De exemplu Fachverband Klinische Verhaltenstherapie (FKV, asociaţie de specialişti în terapie comportamentală clinică) care nu acceptă ca membri decât persoane ce au o calificare specializată sau, pentru procedeele psihanalitice, Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT); în Elveţia Federation Suisse des Psychologues (FSP).
Pentru Franţa nu avem cunoştinţă de asociaţii asemănătoare de psihoterapeuţi care nu acceptă ca membri decît persoane cu calificare specializată. Ne vom adresa deci secretariatului asociaţiilor reprezentînd terapia comportamentală sau psihanalitică sau centrelor de consultaţie publice sau private. Cititorului parizian care caută un (o) psihanalist (ă), care gustă umorul şi ştie să citească printre rânduri, ne vom permite să îi recomandăm consultarea cărţii lui Oreste Saint-Drôme (1987).

3.2 Trăsături de personalitate şi calităţi umane

Deşi calităţile profesionale ale terapeutului sunt foarte importante, nu trebuie să pierdem din vedere, în momentul alegerii lui, caracteristicile personale şi umane, deoarece ele contribuie la stabilirea dialogului, a relaţiei şi a alianţei de lucru. Şi la fel ca pentru o călătorie importantă în regiuni necunoscute sau ca pentru alegerea colaboratorilor cei mai apropiaţi în munca profesională, nu alegi partenerii doar după competenţa lor profesională, ci şi ţinând cont de afinităţile, de corespondenţele şi de factorii compensatori. În acelaşi fel, aceste caracteristici ar trebui avute în vedere în momentul alegerii unui terapeut, deoarece o terapie este ca o călătorie prelungită în zone necunoscute ce presupune descoperiri frumoase, dar uneori mai puţin agreabile şi înseamnă o muncă, în parte, foarte dură. Într-adevăr, terapeutul nu este ghidul unei călătorii organizate şi programate dinainte, ci atunci când nu mai există mijloace de orientare, el trebuie să ajute la regăsirea drumului şi - dacă este necesar - să asiste şi să încurajeze călătorul obosit. Nu este vorba deci, aici, doar de experienţe importante şi de valori, ci şi de uşurinţa de a comunica, de voinţa de a ajuta şi de capacitatea de a o face. În legătură cu aceasta, poate fi util să discutăm despre eul personal, trăsăturile de personalitate şi calităţile umane.

3.2.1. Eul personal

Experienţa clinică arată că pentru un pacient poate fi important să găsească un terapeut cu care are în comun unele experienţe şi unele valori sau care este capabil să şi le facă prezente. Poate fi eventual important să găseşti un terapeut educat în aceeaşi religie sau tradiţie culturală, sau care cel puţin are cunoştinţe despre aceasta şi poate înţelege lucrurile, unul care înţelege problemele imigranţilor sau ale minorităţilor, care ştie ce înseamnă să fii mama unui copil bolnav sau handicapat, să trăieşti cu un partener sau un membru al familiei bolnav sau tulburat, care înţelege ce înseamnă viaţa de artist, de creator sau interpret în turneu. Lucrul important nu este acela că terapeutul a trăit aceleaşi lucruri şi aceleaşi experienţe ca şi pacientul - aceasta n-ar fi oricum posibil decât într-o măsură foarte limitată. Ceea ce contează mai

degrabă este ca terapeutul să fie capabil de empatie privind semnificaţia acestor experienţe şi trăiri.

3.2.2. Trăsături de personalitate

Terapeuţii nu se deosebesc numai în funcţie de experienţa lor, de trăirile lor şi de valorile care le orientează viaţa, ci şi după trăsăturile lor de personalitate şi stilul lor personal. Unele din aceste trăsături sau structura lor de ansamblu, personalitatea, pot fi foarte importante, dorite sau nedorite pentru o terapie. Aceasta reiese din cercetarea şi din experienta clinică şi aţi constatat-o probabil deja făcând exerciţiul propus la începutul capitolului. Unele trăsături de caracter sunt aşteptate, dorite sau nedorite de majoritatea pacienţilor, altele sunt importante pentru unii şi fără importanţă pentru ceilalţi. Ceea ce contează este de a şti care sunt importante pentru *dumneavoastră*. Şi acestea nu vor fi neapărat cele pe care doriţi să le întâlniţi la terapeutul dumneavoastră, deoarece puteţi dori şi ceva ce nu vă convine în mod necesar, de exemplu un terapeut blând şi pasiv care nu vă "deranjează", în situaţia în care doar un terapeut activ ar fi mai indicat. În anexa 2, lista 3 ilustrează trăsăturile de caracter posibile şi anexa 1 privind "cercetarea în psihoterapie" rezumă ce spune despre acest lucru cercetarea.

4. Cum să găseşti terapeutul cel "bun"?

Având câteva informaţii în ceea ce priveşte tulburările psihice, psihoterapiile şi psihoterapeuţii, după ce aţi reflectat la problema alegerii şi cunoscând mai bine ce trebuie să căutaţi, a venit momentul să învăţaţi cum şi unde puteţi găsi terapeutul *dumneavoastră*. Aceasta necesită mai întâi nume şi adrese, ceea ce se poate rezolva în mai multe moduri.

4.1. Căutarea informaţiilor

Un prim mod de a căuta o adresă bună este să te informezi la o asociaţie profesională, un institut universitar de psihologie, un institut de formare sau o clinică şi să ceri să ţi se recomande două sau trei nume. Făcând acest demers, este necesar să spuneţi care este problema sau tulburarea în legătură cu care căutaţi ajutor;

aceasta va facilita alegerea numelor şi va creşte probabilitatea de a găsi terapeutul cel mai indicat pentru problema dumneavoastră. Puteţi consulta în acelaşi timp ghiduri de psihoterapeuţi[5] conţinând numele şi adresele psihoterapeuţilor recunoscuţi de către asociaţia profesională. Uneori aceste ghiduri dau şi informaţii privind formarea, terapiile propuse de terapeuţi etc.; aceasta nu numai că facilitează, dar şi îmbunătăţeşte alegerea dumneavoastră. Din această cauză această iniţiativă este recomandată călduros.

Un al doilea mod de a proceda, care nu îl exclude, de altfel, pe primul, ci îl îmbunătăţeşte (şi poate, bineînţeles, să constituie şi primul pas), constă în a vă informa de la cunoştinţe, prieteni, colaboratori, preoţi sau medici de familie. În legătură cu preotul, ar trebui, bineînţeles, să ştiţi care este atitudinea sa faţă de psihoterapie şi dacă este capabil să facă recomandări competente. Vă puteţi face o idee despre acest lucru cerându-i argumentele pe care le are în legătură cu recomandările sale. Acelaşi lucru este valabil pentru medicul de familie, deoarece adesea el nu ştie mare lucru despre ceea ce-l întrebaţi, nu este informat, vrea să trateze aceste probleme doar farmacologic sau chiar să facă el însuşi această psihoterapie, fără a avea în mod necesar o formare satisfăcătoare; sau vă va trimite la un psihiatru care nici acesta nu este în mod necesar cel mai bun terapeut pentru dumneavoastră şi problema dumneavoastră. Chiar dacă instituţiile universitare nu

[5] În Elveţia, asociaţia psihologilor din Berna (Verband Bernischer Psychologen) a publicat, de exemplu, un ghid ce dă informaţii privind posibilităţile de consiliere şi de terapie psihologică publică şi privată existente în cantonul Berna. El conţine mai ales o listă de nume şi adrese ale membrilor săi cu informaţii despre:

1. formarea psihologică de bază şi titlurile academice;
2. formarea şi specializarea terapeutică (specializare şi formare continuă);
3. serviciile de consiliere şi de terapie propuse;
4. locurile şi contractele de muncă, responsabilităţile şi titlurile;
5. informaţii privind orele de consultaţii, tarifele şi limbile vorbite.

Această listă permite să-ţi faci o idee despre ceea ce se propune în materie şi cu privire la unele caracteristici importante ale terapeuţilor menţionaţi. Alte cantoane şi oraşe au publicat ghiduri ce conţin informaţiii similare.
În Franţa, nu broşurile şi adresele lipsesc, ci informaţiile valabile de la punctele 1, 2 şi 4.

sunt nici ele neapărat la adăpost faţă de plafonare, de prejudecăţi sau de politica profesională, în Austria, în Franţa, în RFG şi în Elveţia ele oferă probabil şi *grosso modo* cea mai bună garanţie pentru un tratament adecvat aplicat de un terapeut informat şi competent. În general, aceste instituţii dispun de o mare experienţă, ele lucrează cu echipe de clinicieni şi au şi informaţii asupra practicienilor care nu lucrează în instituţia lor, cât şi despre sistemul de îngrijire medicală local sau regional. Informaţiile oferite de cunoştinţe sau de prieteni care au făcut o terapie care i-a ajutat într-adevăr sau care cunosc astfel de persoane sunt foarte preţioase. Dar trebuie să ţinem seama de faptul că terapia prietenului dumneavoastră sau a cunoştinţelor dumneavoastră nu este terapia *dumneavoastră*, că nu aveţi aceeaşi personalitate şi nici aceleaşi probleme.

Ceea ce este important, este să găsiţi mai întâi pe cineva capabil să răspundă adecvat la problema privind indicaţia diferenţială şi care să poată eventual să vă recomande un alt terapeut. Această persoană ar trebui deci să aibă o mare experienţă în materie de indicaţie care să nu se limiteze la o şcoală, ci să cuprindă mai multe metode de intervenţie. Aveţi mai multe şanse să găsiţi această persoană în clinici psihiatrice universitare, în centre de consultaţii universitare sau oficiale. Trebuie să notăm că psihiatrii din clinicile universitare germane, austriece, franceze şi elveţiene au, cu doar câteva excepţii, o orientare mai degrabă psihanalitică. Psihologii din centrele de consultaţii universitare şi oficiale sau din instituţii similare au, din contră, o orientare mai degrabă comportamentală sau experienţială[6]. În cazul în care suferiţi de o tulburare pentru care metodele comportamentale par indicate (vezi capitolule 3 şi 4) şi în care terapeutul consultat nu vă propune aşa ceva, puteţi şi ar trebui să ţineţi cont de aceasta.

[6] După Hoffman (1990, p. 114) existau în septembrie 1989 în RFG şi în Berlinul de Vest 498 terapeuţi comportamentali medici şi 1 187 psihologi diplomaţi formaţi având acces la plata asigurărilor de boală.
În Franţa, situaţia este mai degrabă inversă: dacă departamentele de psihologie clinică şi consultaţiile psihologice sunt de orientare aproape exclusiv psihanalitică, procedeele terapeutice psihologice ale terapiei comportamentale sunt (în mod paradoxal) reprezentate şi dezvoltate în serviciile psihiatrice. Să remarcăm că în Franţa există câteva clinici universitare care au un serviciu de terapie comportamentală. Este vorba de universităţile din Lyon (Prof. Guyotat; Prof. Marie-Cardine; Prof. Cottraux),

Eventual poate ar trebui să consultaţi un terapeut de orientare comportamentală înainte de a lua o decizie. În cazul în care acesta vă face o altă propunere terapeutică, veţi reflecta încă o dată la cele două propuneri şi veţi vorbi despre acest lucru cu cei doi terapeuţi consultaţi. Faceţi apoi alegerea, dacă este necesar, după "instinctul" şi sentimentele dumneavoastră. În legătură cu acest lucru trebuie să subliniem din nou importanţa pe care o are experienţa în materie de indicaţie privind diferitele metode de tratament (atât farmacologice, cât şi psihologice). Problema indicaţiei diferenţiale fiind rezolvată, terapeutul nu poate bineînţeles să fie experimentat şi competent în toate metodele posibile (este de altfel imposibil), ci trebuie să fie doar în acelea care sunt importante pentru tratamentul problemei dumneavoastră.

Dacă aţi primit două sau mai multe adrese din partea unor persoane competente şi demne de încredere, veţi stabili întâlnirea cu terapeuţii recomandaţi pentru o prima convorbire. Pentru că, chiar dacă aceştia aveau aceeaşi competenţă terapeutică, doar dumneavoastră vă puteţi alege terapeutul; fiindcă dumneavoastră sunteţi cel care va tebui să lucraţi cu el. Şi cea mai bună metodă de a-ţi face o primă idee despre cursul terapiei este de a începe puţin lucrul împreună şi de a vedea ce se întâmplă.

4.2. Prima convorbire

Prima convorbire are drept scop de a face cunoştinţă, de a vedea dacă se poate şi dacă există voinţa de a lucra împreună. Se poate să fie şi ultima convorbire, dacă una din părţi, pentru un motiv

Marseille (Prof. Poinso; Dr. Not), Paris (spitalul Salpêtrière, Prof. D. Widlöcher; spitalul Sainte-Anne, Prof. Lôo, Prof. Samuel-Lajeunesse), Reims (Prof. Pascalis; Dr. Ledoux), Toulouse (Prof. Moron; Dr. Heim) şi Tours (Prof. Lelord; Prof. Barthélémy). Se găsesc de asemenea servicii de terapie comportamentală în cadrul serviciilor de consultaţii medico-psihologice ataşate spitalelor, ca, de exemplu, serviciul de consultaţie medico-psihologică de la spitalul Seclin (Lille) sau cel de consultaţii CHU din Nantes (Prof. Lopes; Prof. Poudat; Prof. Jarrousse).

În Belgia francofonă, singura policlinică psihiatrică universitară cu serviciu de psihiatrie comportamentală este cea de la spitalul Vincent Van Gogh (Prof. J. Wilmotte) din Charleroi. Aceasta este o situaţie ciudată cînd se cunoaşte rolul important pe care îl joacă terapia comportamentală în îngrijirea sănătăţii.

oarecare, nu se poate hotărî să înceapă o terapie. Pentru a obţine un rezultat pozitiv din această convorbire, este bine să ne clarificăm situaţia şi să o pregătim. În acest scop, faceţi exerciţiul următor: gândiţi-vă la felul în care vreţi să vă prezentaţi, la motivele care vă aduc la terapeut şi la ceea ce aşteptaţi de la terapie. Nu uitaţi că şi dumneavoastră puteţi pune întrebări: nu doar terapeutul are o convorbire cu dumneavoastră, ci şi dumneavoastră cu el. Pentru că, în sfârşit, nu doar terapeutul este cel care vrea să ştie ceva în legătură cu dumneavoastră, ci şi dumneavoastră în legătură cu el. După acest exerciţiu, veţi putea citi listele de întrebări din anexa 2 (lista 4); ele vă vor reaminti poate unele lucruri pe care le-aţi uitat şi care vă stau la inimă. Ca şi în timpul altor exerciţii, este important aici să procedaţi spontan şi să o faceţi pe îndelete. Ceea ce veţi găsi aici nu trebuie considerat ca o schemă rigidă, ci mai curînd ca un punct de plecare provizoriu. Terapeutul vă va asculta, vă va pune câteva întrebări şi va răspunde la întrebările dumneavoastră. Mergeţi să-l consultaţi pur şi simplu şi comportaţi-vă în mod obişnuit. Convorbirea este confidenţială şi nu aveţi nici o obligaţie să-l revedeţi încă o dată dacă nu doriţi aceasta. În acest caz, îi mulţumiţi la sfârşitul convorbirii şi îi spuneţi că pentru moment nu doriţi să fixaţi o altă întâlnire. Această înţelegere a situaţiei poate, natural, să necesite mai mult de o şedinţă; dar se admite în general că trei până la cinci şedinţe maximum sunt suficiente pentru a decide dacă este de dorit să lucraţi împreună.

Chiar dacă contactul cu primul terapeut a fost satisfăcător pentru dumneavoastră, puteţi dori să mai vedeţi unul. În acest caz nu ezitaţi s-o faceţi.

4.3. Decizia şi terapia

După prima întâlnire, este important să vă amintiţi de ceea ce s-a întâmplat, de impresiile diverse şi vă sfătuim să le notaţi. Întrebaţi-vă cum aţi reacţionat la persoana terapeutului, la proiectele sale şi la propunerile terapeutice. Comparaţi rezultatul reflecţiilor dumneavoastră cu punctele reluate în lista 5 ale anexei 2. Aceste reflecţii vă pot ajuta să stabiliţi alte convorbiri preliminare, pentru a începe terapia sau să consultaţi un alt terapeut. Adesea deciziile se definitivează după una până la trei întâlniri, dar câteodată îţi trebuie mai mult timp şi eventual consultarea mai

multor terapeuţi. Decisiv este acordul privind scopurile, mijloacele şi condiţiile externe ale terapiei, dar mai ales sentimentul că terapeutul vă înţelege. Încrederea şi sentimentul profund că acesta a atins şi că poate chiar a pus în mişcare acel ceva important pe care aţi dori să-l urmăriţi împreună au o importanţă foarte mare.

Dacă acest sentiment nu apare după ce aţi consultat mai mulţi terapeuţi, ar trebui să vorbiţi cu terapeutul cu care aţi avut cel mai bun contact. Pentru că tocmai acest aspect ar putea fi o parte însemnată din problema dumneavoastră.

După ce veţi fi găsit terapeutul cu care v-ar plăcea să lucraţi, gândiţi-vă din nou la întreaga situaţie, discutaţi cu acesta scopul, metodele şi condiţiile (orarul, onorariul, rambursarea prin organismele de asigurare etc.). După ce aţi stabilit un acord, veţi putea începe lucrul în condiţiile stabilite.

Dacă aveţi puţine alternative sau nu aveţi de unde alege, sau dacă nu găsiţi un terapeut care să corespundă aşteptărilor dumneavoastră, având totuşi nevoie de ajutor, puteţi face o terapie scurtă, centrată pe problemele dumneavoastră cele mai importante. În cursul aceestei terapii, veţi descoperi poate că lucrul în comun reuşeşte mai bine decât aţi fi crezut, sau veţi căuta un alt terapeut imediat ce se va ivi ocazia.

Dacă aţi ales bine metoda şi terapeutul, procesul terapeutic nu va întârzia să se pună în mişcare. Veţi vedea în mod diferit unele lucruri, se vor produce schimbări care pot să vă neliniştească şi să provoace rezistenţe - acestea sunt semnele că procesul terapeutic începe să dea roade. Este posibil, de asemenea, să apară anxietatea, mânia, lacrimile, ca trăirea acestora şi prelucrarea lor să devină dureroase. Este sarcina terapeutului să menţină într-un cadru suportabil dificultăţile care apar şi să le găsească o rezolvare favorabilă printr-o muncă efectuată după regulile artei. Dacă acest lucru nu reuşeşte la începutul terapiei sau dacă mai târziu terapia se blochează sau stagnează[7] - se pot produce crize şi într-o terapie! - ar trebui să vorbiţi despre acest lucru cu terapeutul

[7] Nu este bineînţeles uşor să spui din care moment o terapie s-a blocat sau stagnează şi pentru cît timp o oprire sau o tulburare în procesul terapeutic poate fi considerată ca o fază normală. Dar putem uşor admite că sunt două criterii importante în această problemă: dacă fluxul gîndurilor, sentimentelor şi amintirilor este periclitat, viaţa personală sărăceşte în loc să se dezvolte şi dacă viaţa în afara terapiei nu prezintă nici ea o schimbare pozitivă, dacă

dumneavoastră. Dacă este necesar, veţi consulta un alt terapeut cu acordul terapeutului dumneavoastră, pentru a cere o părere din afară, şi în cea mai rea situaţie vă veţi adresa comisiei de ajutor a asociaţiei profesionale.

Dar dacă alegereă dumneavoastră este bună, nu veţi face doar descoperiri îmbucurătoare, veţi găsi şi lucruri pe care aţi prefera să nu le ştiţi. Pot apărea momente, chiar perioade prelungite, dezagreabile, chiar dureroase, şi vă veţi întreba poate de ce este totul atât de dificil pentru dumneavoastră, de ce tocmai dumneavoastră sunteţi cel care, pe lângă munca cotidiană, trebuie să faceţi un efort terapeutic şi să lucraţi cu dumneavoastră înşivă. În aceste momente vă poate ajuta poate să ştiţi că, chiar şi pentru cei a căror viaţă este plină şi binecuvântată, fericirea este scurtă, frustrările şi lipsurile sunt mai numeroase decât speranţele împlinite, să ştiţi că nu sunteţi singurul căruia viaţa îi pretinde o muncă deosebită cu sine însuşi, să ştiţi de asemenea - şi aceasta este valabil pentru viaţă, ca şi pentru artă - că acesta este preţul unei opere reuşite. Această operă, care poate fi şi a dumneavoastră, produce de asemenea bucurii, satisfacţii sau liniştea şi pacea. Un om care trece drept poetul farmecului, visului şi frivolităţii exprimă acest lucru astfel[8]:

"[...].
Ah! L'inspiration, on l'évoque à seize ans!
Ce qu'il nous faut à nous, les Suprêmes Poètes
[...]
Ce qu'il nous faut à nous, c'est l'étude sans trêve,
C'est l'effort inoui, le combat non pareil,
C'est la nuit, l'âpre nuit du travail d'où se lève
Lentement, lentement, l'Oeuvre, ainsi qu'un soleil!"

Este adevărat că nu ne-am ales viaţa, dar fiecare poate să participe la modelarea ei, la desfăşurara ei, poate să contribuie cu ceva la toate acestea. Trebuie să găsim un scop, o cale - şi fiecare va trebui s-o parcurgă pe a sa. Scopul? "Dacă datorită unei fiinţe umane există în lume puţin mai multă dragoste şi bunătate, puţin

această situaţie durează cîteva săptămîni, ar trebui să vorbiţi în mod deschis despre aceasta cu terapeutul dumneavoastră.

[8] Verlaine, *Poèmes saturniens*, Epilogue III.

mai multă lumină şi adevăr, viaţa sa a avut un sens." Calea? Oamenii cu experienţă, înţelepţii şi unii din semenii noştri spun şi dovedesc că există totdeauna o cale. Unul dintre ei spunea: "Dormeam şi visam că viaţa este o plăcere. Mă trezeam şi vedeam că viaţa este datorie. Acţionam şi, spre surpriza mea, datoria era fericire"[9].

9 Aceste două citate sunt cuvintele unor oameni pe care viaţa nu i-a cruţat - A. Delp şi R. Tagore - şi le putem interpreta aici ca pe nişte "rapoarte privind experienţa trăită". Să mi se permită să menţionez o altă frază care mi-a venit în minte în acest context, cuvintele lui Heraclit: "Cel care nu speră intangibilul nu-l va găsi niciodată".

ANEXA 1

Cercetarea în psihoterapie

Dacă intervenţia psihologică clinică este concepută, aşa cum am precizat mai sus, ca un ajutor ştiinţific fundamentat pentru persoanele suferind de tulburări psihice, ea are datoria de a se justifica dublu: mai întâi în ceea ce priveşte caracterul său ştiinţific şi apoi în ceea ce priveşte pacientul şi societatea cărora li se propune acest ajutor. Această justificare se realizează datorită cercetării fundamentale şi tehnologice. La nivelul cercetării fundamentale, este vorba de descrierea şi de explicarea proceselor de schimbare în general. Cercetarea tehnologică are drept scop descrierea şi explicarea, cât şi evaluarea intervenţiilor psihologice clinice. Această cercetare tehnologică răspunde, de asemenea, unei necesităţi etice şi sociale, deoarece intervenţia psihologică clinică este propusă unor persoane care se găsesc într-o situaţie de disperare şi/sau ale căror posibilităţi de a face faţă vieţii sunt diminuate. Din această cauză, acest ajutor trebuie să se dovedească real atât pentru persoana suferindă, cât şi pentru societatea care participă la costurile intervenţiei şi care are astfel dreptul să ceară să i se dea socoteală.

După ce am atras atenţia asupra necesităţii ştiinţifice, etice şi sociale a cercetării în psihoterapie, vom prezenta această cercetare arătând importanţa sa pentru alegerea terapeutică. N-o vom face sistematic, ci pornind de la unele întrebări şi probleme pe care le întâlnim cel mai des. Aceste probleme sunt în mod frecvent tratate inadecvat de către cei interesaţi, adică de către pacienţi şi practicieni, care ajung astfel la concluzii eronate. Ceea ce ne va preocupa aici este înainte de toate să cunoaştem ceea ce se poate şti despre psihoterapie şi în ce condiţii - deci dependenţa faţă de cunoştinţele noastre în legătură cu metodele folosite - şi să aflăm care sunt, în domeniul alegerii terapeutice, cunoştinţele disponibile pe care le putem accepta în mod rezonabil. În acest scop, vom

începe prin a arunca o privire asupra metodelor de cercetare şi asupra câtorva particularităţi ale cercetării în psihoterapie. Vom prezenta apoi câteva rezultate de cercetare importante pentru alegerea terapeutică[1].

1. Metode de cercetare

Metodele de cercetare sunt procedee de adunare a datelor, de analizare a acestora, de relaţionare a lor şi de obţinere a concluziilor pornind de la ceea ce s-a găsit astfel. Fiecare din aceste metode are ţinta şi logica sa proprie, permite deci obţinerea unor date şi tragerea unor concluzii în anumite condiţii. Le vom prezenta aici într-o ordine care ţine de gradul de soliditate al cunoştinţelor pe care le aduc în general şi apoi, mai în detaliu, în funcţie de relaţiile cauzale. Din motive practice, vom prezenta aici mai întâi caracteristicile generale şi vom reveni apoi asupra problemelor pe care le ridică aplicarea lor în domeniul mai particular al psihoterapiei.

1.1. Studiul de caz

Este vorba de observaţia aprofundată şi prelungită a cazurilor individuale. Materialul de bază constă în ceea ce vede şi aude clinicianul în timpul convorbirilor sale cu pacientul, observaţiile acestea putând fi îmbogăţite cu informaţii provenind din alte surse: mărturii ale altor persoane, documente, rezultate ale examenelor psihologice sau medicale. Aceste date sunt apoi organizate în funcţie de problemele ridicate de pacient şi de scopurile urmărite de clinician, pe de o parte, şi de opţiunea sa "teoretică" şi metodologică, pe de altă parte.

Avantajele studiului de caz sunt: 1) de a fi aproape de realitatea concretă, de a permite descrieri amănunţite ţinând cont de individualitate, de a fi foarte suplu, de a permite stabilirea unui

[1] Acest capitol este reluat, uşor modificat şi lărgit, din Huber, 1987a. Vom găsi acolo descrieri mai detaliate ale unui număr de lucrări citate aici. Pentru o introducere în cercetarea în psihoterapie, cititorul francez va consulta lucrările lui Dazord şi Gerin (de exemplu Gerin, 1984; Gerin şi al., 1991, 1992), Gerin şi al. (1992) ce dau de asemenea o vedere de ansamblu asupra stadiului problemei în Franţa.

contact afectiv şi de a face să apară o multitudine de conexiuni între fapte, evenimente trecute şi prezente; 2) de a permite descrierea fenomenelor rare; 3) de a fi sursa majoră de ipoteze asupra etiologiei şi tratamentului tulburărilor psihice şi 4) de a permite infirmarea unor ipoteze.

Lipsurile studiului de caz constau: 1) într-o informaţie incompletă şi imprecisă datorată selectivităţii clinicianului şi pacientului; 2) în dificultatea, a se citi imposibilitatea, de a repeta observaţiile făcute pe caz; 3) în dificultatea de a generaliza observaţiile făcute şi 4) în imposibilitatea de a confirma legăturile de cauzalitate, datorită dificultăţii de a izola cauzele, a controla şi a elimina ipotezele alternative.

1.2. Metodele diferenţiale

Aceste neajunsuri ale studiului de caz sunt compensate în parte de abordarea diferenţială, care îşi propune să studieze natura, forţa şi distribuţia trăsăturilor (caracteristici, proprietăţi) şi asocierile lor în contextul lor firesc. Trăsăturile sunt descrise pe cât posibil cantitativ şi, în ceea ce priveşte asocierile lor, se determină forţa şi direcţia acestora. Cele două probleme care se ridică în legătură cu acest subiect sunt de a şti dacă asocierile (corelaţiile) găsite sunt datorate întâmplării şi, dacă nu, dacă diferenţa semnificativă din punct de vedere statistic este aceeaşi şi din punct de vedere clinic. A doua problemă, cea a direcţionalităţii, constă în faptul că o corelaţie ridicată între două variabile indică faptul că ele variază în acelaşi timp, şi nu dacă una variază din cauza celeilalte. Această corelaţie poate fi foarte bine explicată printr-o a treia variabilă: corelaţia pozitivă între numărul de biserici dintr-un oraş şi numărul de crime care se comit acolo nu înseamnă că religia dezvoltă crima, şi nici că aceasta din urmă o dezvoltă pe cealaltă; aici intervine pur şi simplu acţiunea unei a treia variabile, populaţia: cu cât aceasta este mai mare, cu atât este mai mare numărul de crime şi de biserici (vezi Neale & Liebert, 1973).

Avantajele abordării diferenţiale sunt: 1) că se face într-un context natural, ca şi studiul de caz, fără a manipula variabilele; 2) că furnizează date cantitative şi precise asupra relaţiilor existente între variabile; 3) că se pretează repetării; 4) că poate fi utilizată atunci când abordarea experimentală nu este posibilă din motive etice sau practice (ceea ce explică faptul că majoritatea cercetărilor

în psihologia clinică, în psihoterapie şi în psihiatrie sunt de fapt cercetări corelaţionale).

Inconvenientul acestei abordări este că nu permite decât sugestia, ipoteza, şi nu afirmarea relaţiilor cauzale.

1.3. Studiul experimental

Este studiul care permite clar stabilirea existenţei relaţiilor cauzale. El pleacă de la o întrebare, de la o ipoteză pe care experimentatorul vrea s-o verifice. El va începe prin a formula ipoteza în variabile, variabila independentă fiind cea pe care acesta o manipulează şi o controlează, variabila dependentă cea ale cărei variaţii depind de manipularea primei. Dacă toate celelalte variabile susceptibile de a influenţa variabila dependentă sunt eliminate sau menţinute constante, variaţia variabilei dependente consecutivă manipulării variabilei independente poate fi considerată ca un efect experimental cauzat de manipularea variabilei independente. Dacă vrem să ştim, de exemplu, dacă o anume intervenţie psihologică antrenează un anume efect terapeutic, vom începe prin a defini variabila independentă care va fi manipulată (intervenţia psihologică) şi variabila dependentă (efectul terapeutic, de exemplu dispariţia simptomului). Dacă se aplică apoi tratamentul unor pacienţi şi se constată o dispariţie consecutivă a simptomului, acest lucru nu va confirma totuşi încă cu nimic ipoteza noastră, aşa cum se crede adesea. Pentru că nu s-au controlat celelalte variabile susceptibile de a influenţa simptomul (timpul care trece, evenimente noi, un tratament medical etc.). Astfel de variabile sunt numite variabile ce produc confuzie şi trebuie categoric să fie controlate, dacă dorim să ne putem pronunţa în legătură cu un efect experimental.

Controlul variabilelor ce produc confuzie se realizează în principal în trei moduri.

1. Includerea în planul de cercetare a unui grup de control. Este un grup de pacienţi comparabili, dar care nu primesc tratamentul. Dacă după patru luni de tratament dispariţia simptomului este în mod semnificativ mai frecventă în grupul experimental, acest efect poate fi atribuit tratamentului, cu condiţia ca... grupul experimental să fi avut simptome mult mai uşoare decât grupul de control şi ca astfel grupurile să nu fi fost într-adevăr comparabile la începutul experimentului.

2. Să se asigure comparabilitatea grupurilor ce participă la experienţă. Pentru a se asigura această comparabilitate, este esenţial ca distribuirea pacienţilor la grupurile experimentale şi de control să se facă la întâmplare, adică fiecare din pacienţi să aibă aceeaşi şansă de a se regăsi în unul din aceste două grupuri. Atunci când nu există decât două grupuri, acest lucru se poate realiza prin "cap sau pajură", atunci când sunt mai multe, prin tragere la sorţi, sau utilizând "tabele cu numere întâmplătoare". Această atribuire la întâmplare este ceea ce deosebeşte cvasi-experimentul de adevăratul experiment.

3. Controlul aşteptărilor experimentatorului. Includerea unui grup de control şi atribuirea la întâmplare la grup fiind prevăzută pentru a controla mai bine variabilele ce produc confuzie şi care îşi au originea mai ales din zona subiecţilor de experienţă, trebuie să avem în vedere o nouă şi ultimă sursă de eroare: efectul Rosenthal. Rosenthal (1966) a arătat într-adevăr că aşteptările experimentatorului pot influenţa rezultatele experienţei, chiar în experienţele cu animale privind învăţarea. Chiar dacă acest efect Rosenthal nu mai are caracterul general care i se atribuia câteodată, trebuie să-l avem în vedere. Domeniul în care s-a ţinut cont în mod deosebit de efectul Rosenthal este cel al psihofarmacologiei, deoarece observaţiile au arătat importanţa expectaţiei medicului şi a pacientului. Pentru a controla aceşti factori de interacţiune şi pentru a putea evalua mai bine efectul intrinsec al substanţei farmacologice, s-au dezvoltat procedee "în dublu orb" în care nici subiecţii de experienţă, nici experimentatorul nu cunosc substanţele administrate, ceea ce permite eliminarea efectelor datorate expectaţiei.

După ce s-au luat aceste măsuri de precauţie, experimentatorul poate considera că validitatea internă a experimentului este asigurată şi că, din acest motiv, rezultatele obţinute pot fi atribuite manipulării variabilei independente.

Un ultim punct important pentru cercetător şi mai ales pentru clinician este problema validităţii externe. Este vorba de măsura în care rezultatele experimentului pot fi generalizate, extinse la subiecţi şi situaţii care nu sunt neapărat cele care au făcut parte din experiment. Să notăm faptul că dacă validitatea externă presupune validitate internă, aceasta nu ajunge pentru a

garanta profitul unui experiment. La ce ar servi într-adevăr cel mai frumos experiment, dacă concluziile nu se pot generaliza pe situaţii clinice? Aceasta este o problemă ce nu poate fi neglijată pentru cercetarea din acest domeniu în care problema nu se poate de fapt rezolva decât făcând experimente asemănătoare cu pacienţi şi situaţii clinice uşor diferite, încercând astfel, prin aproximări sugestive şi cumulative, să se cearnă generalitatea rezultatelor.

Să semnalăm, pentru a termina această trecere în revistă a metodelor, două combinaţii interesante pentru clinician. Prima, studiul de caz experimental, diferă de studiul de caz tradiţional prin faptul că este prospectivă, cantitativă şi urmează planuri de cercetare precise, care permit obţinerea de concluzii clare asupra efectelor unei intervenţii. A doua combină studiul experimental cu abordarea corelaţională: se vorbeşte atunci şi de plan mixt. În această abordare se aplică două sau mai multe tipuri de tratament (variabile experimentale) la două sau mai multe tipuri de pacienţi (variabile diferenţiale). Scopul unui astfel de plan factorial este de a permite cercetarea efectelor terapeutice diferenţiale şi de a vedea ce tip de terapie reuşeşte mai bine cu ce tip de pacient (vezi Di Loreto, 10971; Sloane şi al., 1975).

Să subliniem, în final, că fiecare din aceste metode îşi are problemele sale, avantajele şi dezavantajele sale. Nici una nu permite rezolvarea, de una singura, a multiplelor probleme pe care le ridică etiologia, diagnosticul şi tratamentul tulburărilor psihice. Trebuie deci să ne folosim de toate, în funcţie de problema ridicată şi de gradul de avansare al cercetării.

2. Probleme particulare ale cercetării în psihoterapie

Metodele pe care le-am prezentat sunt metodele de bază ale cercetării în psihologie. Trebuie totuşi să subliniem că, dată fiind natura deosebită a situaţiei clinice, aplicarea lor la problemele clinice nu se realizează fără apariţia unor probleme metodologice şi etice. Nu putem deci doar să importăm şi să aplicăm metodele diferenţiale sau experimentale riscând eventual să pierdem originalitatea fenomenului clinic în cauză, ci trebuie să le adaptăm astfel încât să ţinem cont de această originalitate. Acest lucru necesită luarea în considerare a unui oarecare număr de aspecte pe care le putem rezuma astfel.

2.1. Alegerea variabilelor

După ce clinicianul şi-a precizat problema sub formă de ipoteză şi a găsit o strategie de investigaţie valabilă din punct de vedere metodologic şi economic, cercetătorul va trebui să precizeze mai bine variabilele despre care este vorba ţinând cont nu numai de importanţa lor clinică, ci şi de posibilitatea de a le operaţionaliza în mod valabil. Variabilele dependente şi independente (variabilele pacient, terapeut, proces, efect) trebuie să fie alese ţinând cont de contextul-problemă al acestora.

> Să vorbim astfel, fără nimic în plus, de "psihoterapie", de "rezultat terapeutic", fără a indica tehnica şi competenţa terapeutului, tipul şi amplitudinea efectului terapeutic, este insuficient. Trebuie să ştim de asemenea că, de exemplu, măsurările repetate, chestionarele, pot influenţa variabila în discuţie şi procesul terapeutic. Este vorba de asemenea să veghem pentru a nu privilegia pe nedrept variabilele cuantificabile, dar cu slab interes clinic, în detrimentul celor al căror conţinut clinic poate fi mai dens, dar a căror cuantificare este de asemenea mai dificilă.

2.2. Problema grupurilor de control

Grupurile de control sunt necesare pentru a trage concluziile valabile, dar utilizarea lor clinică pune probleme etice şi metodologice.

> Mai întâi, un grup de control ar trebui să fie constituit extrăgând eşantioane la întâmplare dintr-o populaţie (de pacienţi) bine definită şi atribuindu-le apoi la întâmplare unui grup experimental şi grupului de control. Dat fiind faptul că, în domeniul psihoterapiei, se întâmplă adesea să dispunem de un număr suficient de pacienţi pentru a proceda astfel, am putea constitui grupuri de control alegând pacienţii în funcţie de un un număr oarecare de variabile importante. Această soluţie ridică totuşi probleme. Mai întâi, pe plan etic, folosirea unui grup netratat sau tratat după o perioadă de aşteptare. Nu putem, într-adevăr, lipsi pacienţii, mai ales atunci când suferinţa lor este intensă, de intervenţiile care le-ar îmbunătăţi starea, doar pentru a constitui

un grup de control netratat util pentru cercetare. Apoi, mulţi pacienţi din astfel de grupuri nu mai revin sau caută ajutor în altă parte. astfel încât ei nu mai sunt pacienţi netrataţi. Aplicarea unui placebo sau a unei psihoterapii aşa cum o face Paul (1966) poate să se justifice dacă este vorba de probleme de anxietate uşoară, dar nu mai este acceptabilă pentru pacienţii suferind de tulburări severe.

Rămân deci două posibilităţi de a găsi un grup de control: să se caute pacienţi asemănători niciodată trataţi, dar a căror evoluţie naturală spontană se cunoaşte, sau să se găsească pacienţi asemănători ce primesc alte tratamente. Prima posibilitate nu este fără probleme, aşa cum o arată discuţia privind remisia spontană. De aceea cea mai bună soluţie rămâne să se recurgă la cea de-a doua posibilitate, aşa cum s-a făcut, de exemplu, în studiul colaborativ asupra depresiilor (Elkin şi al., 1985).

2.3. Evaluarea efectelor tratamentului

Evaluarea efectelor terapiei ridică mai ales patru întrebări: Care sunt criteriile? Cum le putem evalua? Când să le evaluăm şi cu cine?

Un prim criteriu privind evaluare efectelor terapeutice este bineînţeles schimbarea, ameliorarea sau dispariţia simptomului sau a problemei pentru care pacientul a venit la terapie (simptomatologia principală). Se va putea astfel evalua, cu instrumente adecvate şi la diferite niveluri, diminuarea anxietăţii, a depresiei, a comportamentului fobic sau a problemei sexuale pe care terapia îşi propunea să le modifice. Trebuie să ştim totuşi că efectele unei terapii nu se limitează la variabilele vizate în mod explicit şi specific de către terapia şi teoria care o susţine. Astfel Gelder şi al. (1973), într-un studiu comparativ asupra desensibilizării şi expunerii (*flooding*), au găsit că la sfârşitul terapiei pacienţii nu se deosebeau la nivelul reducerii anxietăţii care era principal vizată de către cele două metode, ci prezentau efecte diferite, pentru cele două terapii, la nivelul imaginii de sine şi a sinelui ideal. În plus, efectele pot varia la nivelul configuraţiei lor, aşa cum a fost demonstrat de Grawe (1976). Când ne întrebăm în legătură cu efectele terapeutice sau când comparăm diferitele metode în legătură cu acest subiect, este vorba deci de

a ţine seama de aceste fapte, şi nu de a reduce problema la ceea ce se poate vedea la nivelul uneia sau a două variabile considerate, *a priori*, ca cele mai importante. Este adevărat că există efecte care sunt mai importante decât altele şi că ar fi o greşeală să minimalizăm importanţa reducerii simptomului, dar este de asemenea adevărat că problema nu se limitează doar la aceasta, ci include şi alte variabile, ca imaginea de sine, relaţiile sociale şi bunăstarea generală.

După ce am definit efectele terapeutice ce trebuie evaluate, se pune problema de a şti cine o va face şi prin ce mijloace. Trebuie să ştim că nici pacientul, nici terapeutul nu sunt judecători neutri; este cazul deci să apelăm la judecători exteriori situaţiei terapeutice.

Problema lui "cum" în ceea ce priveşte evaluarea se referă la instrumentele şi modul de evaluare a schimbării terapeutice. Instrumentele de evaluare trebuie să satisfacă criteriile psihometrice obişnuite, dar trebuie să fie şi precise şi suficient de specifice şi sensibile la schimbările terapeutice vizate. Alegerea lor trebuie deci să ţină seama şi de unele condiţii clinice. Evaluarea schimbării se referă la diferenţele de măsurători constatate înainte şi după tratament. Ea se poate face în diferite moduri: ca o diferenţă simplă (*simple gain*), ca o diferenţă ce ţine cont de nivelul iniţial ("schimbare corectată" sau

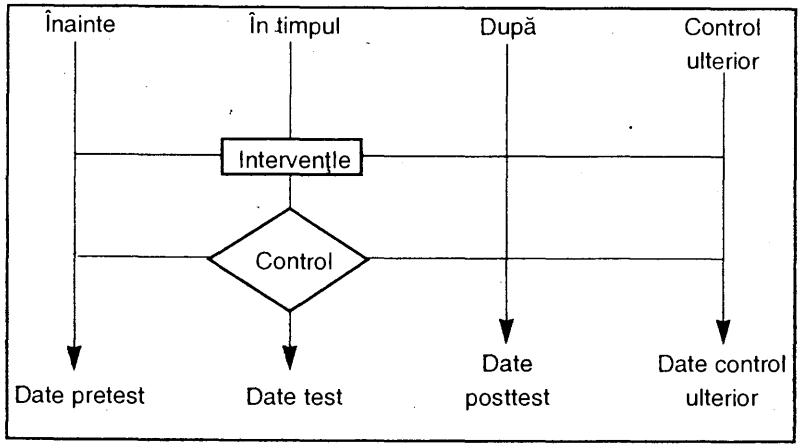


Figura 5: *Planul de experienţă Nivel IV* (după American Psychiatric Association, 1982, *Commission on Psychotherapies. Psychotherapy Research: Metodological Efficacy Issues*).

residual gain) sau ca "mărime a efectului" (*effect size*). O ultimă problemă importantă pentru a înţelege semnificaţia efectelor terapeutice se referă la momentele în care se practică diferitele măsurători de evaluare.

Pentru a ilustra condiţiile ce trebuie respectate în timpul cercetărilor asupra efectelor psihoterapeutice, am vrea să le rezumăm în planul experimental IV dintr-un document al APA (1982)

Planul Nivel IV (The Pretest/Posttest Control Group Design) ţine seama de condiţiile normale ale unui studiu controlat în mod adecvat: un grup de control, observaţii înainte şi imediat după intervenţie, plus un control ulterior (*follow-up*). Datorită acestor precauţii putem evalua destul de precis schimbarea intervenită şi persistenţa sa după terapie şi să constatăm cauza acestora în intervenţie. Dar dacă acest plan permite evaluarea efectelor unei terapii, el nu permite *ipso facto* să cunoaştem ingredientele active ale intervenţiei care, în acest scop, trebuie să fie descrisă mai clar.

3. Cercetarea privind efectele terapeutice

Această cercetare îşi propune să găsească răspunsurile la întrebări care interesează ştiinţa, terapeutul, pacientul şi pe cel de-al treilea care plăteşte. Într-o manieră foarte globală problema se enunţă astfel: o anumită intervenţie în psihologia clinică are efecte şi care sunt acestea? Mai precis, este vorba nu numai de a descrie efectele obţinute, ci şi de a şti dacă ele persistă, dacă se diminuează cu timpul sau cresc, respectiv amplifică, de a şti dacă sunt terapeutice, specifice, dacă se pot obţine şi prin alte metode, care este costul şi beneficiul lor. Lucrările privind aceste probleme au cunoscut o oarecare evoluţie (vezi Huber, 1987a şi b) pe care nu o putem prezenta aici în detaliu; este util totuşi să dăm câteva indicaţii în legătură cu acest subiect menţionând diferitele etape.

3.1. Studiul de caz

Primul mod de a răspunde la întrebarea privind efectele unei intervenţii psihologice clinice constă în a face studii de caz şi a descrie, în termeni clinici, diferenţele ce existau între perioada de dinainte şi de după terapie. aşa cum s-a făcut, de exemplu, în

studiile de caz ale lui Freud. Pentru pasul următor nu ne mai mulţumim cu câteva cazuri izolate (se cunosc părţile slabe ale studiului de caz), ci se descriu mai sistematic efectele, se clasează pacienţii în funcţie de vindecare, ameliorare, neschimbat sau agravat, şi se evaluează rezultatele plecând de la efectele obţinute într-un grup de pacienţi, de exemplu pacienţii văzuţi la Institutul psihanalitic din Berlin (vezi Fenichel, 1930). Acest procedeu producea în mod sigur informaţii mai interesante, dar rămânea, ca şi acela a lui Freud, la nivelul comparaţiei "pre-post" individuale, pacientul fiind propriul său control.

3.2. Evaluări, planuri experimentale şi grupuri de control

Un articol a lui Eysenck (1952) este cel care va atrage atenţia asupra problemei pe care o ridică comparaţia "pre-post" individuală, pacientul fiind propriul său control. Aici Eisenck afirmă că studiile făcute până atunci nu pot dovedi eficienţa psihoterapiei, dat fiind faptul că schimbările la care se referă pot fi explicate prin remisia spontană (adică o vindecare fără tratament). Această afirmaţie provocatoare a dat naştere unei discuţii care s-a prelungit până în anii 80. Ea a avut drept consecinţă o creştere a conştiinciozităţii metodologice şi o explorare conceptuală şi empirică mai amănunţită a problemelor remisiei spontane, a grupurilor de control, a criteriilor de efect şi a efectelor diferenţiale. Meltzoff & Kornreich (1970) au prezentat astfel o extensie critică a bazei de date, Bergin (1971) şi Rachman (1971) au evaluat nivelurile remisiei spontane şi Malan (1973a) a prezentat o trecere în revistă critică a lucrărilor psihanalitice.

3.3. Studiul pe teren

Dat fiind faptul că metoda de evaluare a efectelor psihoterapiilor pornind de la trecerea în revistă a unui oarecare număr de studii diferite relativ vechi, suferind adesea de insuficienţe metodologice, clinice şi, în ceea ce priveşte măsurătorile, ridică probleme, s-au întreprins cercetări noi pentru a le remedia.

Prima pe care trebuie s-o menţionăm în acest context este cea desfăşurată la Menninger Foundation (Appelbaum, 1977;

Kernberg şi al., 1972; Voth & Orth, 1973, Wallerstein, 1986), deoarece este prima şi singura în felul ei; ea a durat mai mult de treizeci de ani (vezi Wallerstein, 1989) şi a condus la rezultate interesante, neprevăzute în unele privinţe.

Eşantionul acestei cercetări a fost de 42 pacienţi (în parte spitalizaţi) suferind de tulburări nevrotice, de stări la limită, de psihoze latente sau de tulburări caracteriale. Aceşti pacienţi au fost împărţiţi în două grupuri, unul care urma un tratament psihanalitic clasic (în medie 835 şedinţe), celălalt o psihoterapie psihanalitică de susţinere (în medie 289 şedinţe).

Scopul acestei cercetări cu totul naturaliste (adică în contextul natural al practicii clinice) era de a găsi răspunsul la cele două probleme fundamentale ale psihoterapiei: Ce se schimbă în cursul unei psihoterapii? Cum şi prin ce factori se obţin schimbările terapeutice? În acest scop au fost adunate înainte, în timpul şi după terapie un mare număr de date privind pacientul, terapeutul, procesul terapeutic şi efectele tratamentului. Aceste date au fost puse apoi în relaţie unele cu altele. Este vorba deci de un studiu care evaluează fiecare pacient în mod aprofundat, prin interviuri şi teste şi în funcţie de criterii sistematice, coerente şi în acord cu teoria şi practica psihanalitică.

Rezultatul acestui studiu constă într-un numări mare de evaluări şi corelaţii, câteodată dificil de interpretat. Rezultatele privind efectele terapeutice par totuşi a fi următoarele. La sfârşitul terapiei, 6 pacienţi se simţeau mai puţin bine, 11 nu prezentau nici o schimbare, 7 prezentau o ameliorare uşoară şi 18 prezentau o ameliorare moderată sau puternică; la controlul ulterior, 7 pacienţi se simţeau mai puţin bine, 7 erau neschimbaţi, 6 prezentau o ameliorare uşoară şi 21 o ameliorare moderată sau puternică. Datorită absenţei grupului de control şi a clarităţii reduse cu care au fost prezentate aceste rezultate în legătură cu efectele, trebuie să le luăm în considerare cu prudenţă. Garfield (1981, p. 180) "se îndoieşte puternic de faptul că Menninger Study poate fi considerat ca o dovadă puternică în sprijinul eficienţei terapiilor psihananlitice".

Rezultatele publicate recent de Wallerstein (1989) sunt mai clare şi mai importante (vezi şi Senf, 1990):

1. Doar un număr mic de pacienţi care au început psihanaliza au putut s-o continue; ceilalţi aveau nevoie de o modificare a tehnicii clasice.
2. Terapiile de susţinere erau la fel de eficiente, în ceea ce priveşte scopurile pur psihanalitice, ca şi terapiile expresive sau psihanalizele clasice: ele au provocat de asemenea adesea o schimbare structurală durabilă.
3. Corelaţia dintre rezolvarea conflictului prin interpretare şi prin înţelegere (*insight*) şi schimbarea terapeutică era slabă; adică schimbările pozitive considerabile de tipul celor care sunt vizate de cura psihanalitică clasică au fost obţinute fără interpretare, fără înţelegere (*insight*) şi fără rezolvarea conflictului.
4. Rezultatele obţinute de psihanaliză la pacienţii grav tulburaţi erau mai limitate decât s-ar fi crezut. Rezultate mai bune pot fi obţinute la aceşti pacienţi cu terapii expresive de susţinere, dacă "ingredientele sunt combinate cu îndemânare şi imaginaţie şi dacă se asigură în acelaşi timp un control a vieţii".
5. Tratamentele aplicate întradevăr în practică erau nişte amestecuri de elemente expresiv-interpretative şi de susţinere-stabilizatoare şi "aproape toate tratamentele (inclusiv psihanalizele curate) conţin mult mai multe componente de susţinere decât se presupune în general".

Aceste rezultate raportate de Wallerstein sunt extrem de interesante şi clarifică în alt mod problema eficienţei şi a mecanismelor terapeutice ale psihanalizei.

În contextul studiilor naturaliste, trebuie să menţionăm cercetările lui Malan (1963, 1976), deoarece ele au făcut să avanseze cercetarea psihanalitică şi au furnizat rezultate ce te fac să gândeşti că unii pacienţi pot obţine printr-o terapie scurtă ceea ce se aştepta anterior doar de la tratamentele cu o durată mai lungă. În ceea ce priveşte evaluarea efectelor terapeutice, aceste studii sunt, din nefericire, la fel de insuficiente, ca urmare a unor lipsuri la nivelul de evaluare şi a absenţei unui grup de control.

3.4. Studiul experimental

Datorită faptului că studiile pe teren nu furnizează dovezi satisfăcătoare privind eficienţa tratamentului ca urmare a unei lipse

de control al variabilelor, au fost întreprinse noi cercetări pentru a completa aceste lacune.

Cercetarea lui Paul (1966), care se referea la problemele de anxietate socială (vorbirea în public), a fost concepută şi condusă după regulile artei. Ea compara efectele tratamentelor obţinute la studenţii voluntari cărora le era frică să vorbească în public, prin desensibilizarea sistematică, psihoterapia dinamică, un tratament placebo şi două grupuri de control. Rezultatele arătau o superioritate uniformă a desensibilizării sistematice (100% succes), absenţa diferenţei dintre efectele terapiei dinamice şi tratamentul placebo (47% succes), ce depăşeau totuşi numărul de rezultate pozitive constatate în cele două grupuri de control (17%). Ameliorarea persista în perioada următoare terapiei şi nu s-a constatat o "substituire a simptomelor", ea nu se deosebea nici în funcţie de terapeuţi nici de pacienţi. Datorită unui control bun al variabilelor, acest studiu prezintă o bună validitate internă; problema sa constă în validitatea sa externă şi la întrebarea: "în ce măsură aceste rezultate pot fi generalizate la o populaţie clinică?", Sloane şi colaboratorii săi (1975) au încercat să răspundă într-un studiu ce rămâne unul din cele mai bune din domeniu. Scopul lor era:

1. să stabilească şi să compare eficienţa celor trei tratamente: psihoterapia analitică, terapia comportamentală şi un tratament ce se limitează la un contact minimal cu pacienţii puşi pe o listă de aşteptare (grup de control);
2. să studieze asemănarea şi deosebirea dintre terapia comportamentală şi psihoterapia analitică;
3. să studieze efectele pe care le exercită asupra rezultatelor terapeutice unele variabile ale terapeutului;
4. să examineze problema indicaţiei diferenţiale.

Rezultatele arată că la sfârşitul terapiei 80% din pacienţii celor două grupuri terapeutice erau apreciaţi ca vindecaţi sau amelioraţi, în vreme ce aceasta nu era valabil decât pentru 48% din pacienţii grupului de control. În timpul primei perioade de supraveghere de opt luni, rezultatele pacienţilor trataţi se dovedeau stabile, pacienţii-control erau amelioraţi şi atinseseră parţial nivelul pacienţilor trataţi. Sloane şi al. remarcă totuşi că aceşti pacienţi nu erau deloc nişte pacienţi netrataţi, dat fiind

faptul că pe lângă şedinţele de evaluare, ei au avut un contact regulat cu clinica şi au primit de asemenea sprijin. În ceea ce priveşte variabilele-terapeut, analiza înregistrărilor audio a şedinţelor terapeutice a dat rezultate interesante: cele două grupuri de terapeuţi au prezentat un nivel ridicat al variabilelor "profunzime în contactul interpersonal", "empatie", "autenticitate", "căldură" şi profunzime în explorare", terapeuţii comportamentali depăşind psihanaliştii - deşi într-o manieră nesemnificativă - pentru primele trei variabile. Unele diferenţe semnificative între cele două forme de terapie au fost găsite în ceea ce priveşte durata intervenţiei verbale a pacienţilor, directivitatea şi transmiterea de informaţii prin terapeut. Exceptând timpul de vorbire al pacientului, nici o variabilă procesuală nu prezenta totuşi legătură cu rezultatul terapeutic.

În ceea ce priveşte variabilele-pacient şi problema indicaţiei diferenţiale, este interesant să aflăm că psihanaliştii obţineau rezultate mai bune cu pacienţii mai puţin tulburaţi, în timp ce rezultatele terapeuţilor comportamentali nu erau afectate de nivelul iniţial al tulburărilor. Terapeuţii comportamentali păreau de asemenea să reuşească foarte bine cu pacienţii ce aveau tendinţe spre acţiune. Altfel, nu s-au găsit diferenţe privind efectele terapeutice între cele două terapii. Dar şi acest studiu are lacune şi lasă nelămurite unele probleme la care s-a încercat să se răspundă prin noi cercetări.

3.5. Studii comparative şi metaanalize

Chiar dacă şi cele mai bune cercetări prezintă unele defecte care le împiedică să răspundă la unele întrebări privind efectele terapeutice, poate fi interesant de urmărit cercetarea comparativă încercând să găsim o metodă care să facă în aşa fel încât să realizeze o compensare cumulativă a lacunelor diferitelor studii particulare. Este ceea ce au încercat Luborsky, Singer & Luborsky (1975) şi, după ei, Smith & Glass (1977).

Progresul lui Luborsky şi al. (1975) constă într-o cuantificare a procesului comparativ cu scopul de a-i reduce subiectivitatea. Metoda lor, pe care o numesc *box score method*, constă în a determina dinainte criteriile de includere sau de excludere a cercetărilor ce trebuie analizate (reducând astfel şansa ca

investigatorul să se lase influenţat de propriile sale preferinţe în alegerea cercetărilor pornind de la care îşi va testa ipotezele) şi în a compara apoi rezultatele terapeutice obţinute, notând de câte ori o terapie este superioară, inferioară sau egală cu cealaltă.

Aplicarea acestei metode la 91 de lucrări de cercetare a condus autorii la concluzia că "studiile comparative controlate indică că un procent ridicat de pacienţi care urmează una din aceste terapii beneficiază de pe urma acesteia", că "cea mai mare parte a acestor studii ce compară diferitele forme de psihoterapie au găsit diferenţe nesemnificative în proporţia de pacienţi ameliorati la sfârşitul psihoterapiei" şi că, în concluzie, "toată lumea a câştigat şi totul trebuie să aibă un preţ". Această concluzie nu este totuşi valabilă în ceea ce priveşte comparaţiile cu farmacoterapia. Farmacoterapia era superioară pentru pacienţii spitalizaţi cu diagnostice diverse, dar în special schizofreni, şi tratamentele combinate s-au dovedit de fiecare dată superioare tratamentelor simple. Trebuie să reamintim, de asemenea, că comparaţiile dintre grupurile de control şi psihoterapii favorizează pe ultimele. Şi în final, vom nota că aceste comparaţii n-au scos în evidenţă decât două asocieri preferenţiale între tipul de tratament şi tipul de tulburare: terapiile comportamentale pentru fobiile circumscrise şi combinaţia psihoterapie plus tratament medical adecvat pentru tulburările psihosomatice.

Acest studiu a fost criticat, la rândul său, în principal pentru eşantionul de iucrări examinat şi evaluarea lor metodologică, pentru lipsa de specificitate a evaluărilor efectului terapeutic şi caracterul prea global al metodei *box score method* (vezi Kazdin & Wilson, 1978; Rachman & Wilson, 1980).

Smith & Glass (1977) propun o metodă mai perfecţionată, pe care o numesc metaanaliză. Ea constă în reunirea cercetărilor, ce presupun cel puţin un grup terapeutic şi un grup de control sau două grupuri terapeutice ce pot fi comparate, şi în determinarea mărimii efectelor terapeutice raportate în termenii "mărimii efectului" (*effect size*). Smith & Glass (1977) au aplicat această metodă la 375 cercetări controlate în ceea ce priveşte efectele psihoterapiei; Smith, Glass & Miller (1980) au aplicat-o la 475 cercetări controlate privind psihoterapia şi la 151 studii privind tratamentul medicamentos şi au obţinut astfel trecerea în revistă cea mai extinsă a cercetărilor privind efectele psihoterapeutice realizată până în 1980.

Rezultatele analizelor statistice numeroase şi multiple efectuate asupra cercetărilor trecute în revistă au condus autorii la concluziile următoare:

1. În ceea ce priveşte eficienţa generală a psihoterapiei, s-au obţinut dovezile că psihoterapia este eficientă. Mărimea efectului mediu la 475 cercetări cu 1 766 de evaluări ale mărimii efectului este într-adevăr de 0,85. Aceasta înseamnă că diferenţa dintre media grupurilor ce urmau o psihoterapie şi cea a grupurilor de control netratate este de 0,85 unităţi de abatere-standard. Aceasta înseamnă că "în medie, persoana care face o psihoterapie se simte mai bine la sfârşit decât 80% din persoanele care nu fac" (Smith, Glass & Miller, 1980).

2. În ceea ce priveşte eficienţa diferitelor forme de psihoterapie (eficienţa diferenţială), diferitele tipuri de psihoterapie (psihodinamică, comportamentală, nondirectivă etc.), nu par, cel puţin în lucrările analizate, să producă neplăceri sau alte tipuri de efecte. Aceste rezultate nu ne permit deci să răspundem la întrebarea privind indicaţia diferenţială: ce fel de terapie pentru un anume de pacient având o anume problemă?

3. Modalităţile de tratament (individuale-grupuri, terapie scurtă - terapie de lungă durată, durata experienţei terapeutului) afectează foarte puţin rezultatele terapeutice.

4. Psihoterapia nu este mai puţin eficientă decât terapia medicamentoasă, chiar în cazurile de tulburări psihice importante. Contrar celor ce gândim în mod obişnuit, nici una din aceste terapii nu presupune pe cealaltă şi, atunci când le combinăm, efectele lor sunt superioare celor obţinute de fiecare separat.

Aceste cercetări ale lui Smith şi al. au dat naştere, de asemenea, la critici, în principal în ceea ce priveşte omisiunea unor cercetări importante în psihoterapia comportamentală, includerea cercetărilor de calitate mediocră şi a studiilor fără grup de control netratat, cât şi o insuficientă diferenţiere a evaluărilor efectului, a formelor şi tehnicilor de tratament, a pacienţilor şi a problemelor lor (Eysenck, 1978; Kazdin & Wilson, 1978; Rachman & Wilson, 1980). Un număr special din *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (1983) permite cititorului să aprecieze argumentele unora şi altora.

Un studiu încă şi mai extins şi mai aprofundat, inventarul cel mai complet privind efectele psihoterapiilor, tocmai a fost terminat de către Grawe şi colaboratorii săi de la Universitatea din Berna (Grawe, Donati & Bernauer).

Scopul acestei cercetări era de a face inventarul tuturor studiilor privind efectele, mecanismele terapeutice şi indicaţia diferenţială a. diferitelor metode psihoterapeutice. Erau reţinute toate studiile în care era aplicat un procedeu psihoterapeutic la o problemă terapeutică urmând un plan de cercetare controlat care permitea concluzionarea în legătură cu un efect terapeutic datorită includerii unui grup de control.

Numărul total de studii psihoterapeutice publicate până în 1984 era de 3 500. Dintre aceste cercetări autorii au selecţionat pe toate acelea care, folosind un plan de cercetare adecvat, studiau efectele terapeutice ale unui procedeu la pacienţi adulţi suferind de o problemă clinică. Ei au găsit astfel 897 cercetări clinice.

Aceste 897 lucrări au fost evaluate de 16 persoane formate special şi care au colaborat împreună la acest proiect timp de mai mulţi ani. Fiecare cercetare a fost analizată în mod aprofundat pornind de la un catalog special dezvoltat în acest scop (Grawe şi al., 1981) în vederea evaluării acestor date (privind efectele terapeutice, mecanismele terapeutice şi indicaţia diferenţială), cât şi validitatea sa internă şi externă. Un catalog de evaluare de 63 pagini permitea astfel examinarea fiecărui studiu în raport cu mai mult de 200 de caracteristici. Rezultatele acestor evaluări au fost stocate într-un ordinator şi constituie probabil banca de date cea mai completă in materie de cercetare asupra efectelor psihoterapiei. Pe baza acestor informaţii, autorii au procedat la evaluarea fiecărei terapii specifice, toate evaluările fiind realizate urmărind aceeaşi schemă (vezi Grawe, Bernauer & Donati, 1990a).

Din marele număr de rezultate importante pentru tema noastră, am vrea să subliniem doar următoarele aspecte: efectele psihoterapiei au fost studiate până în 1984 în 897 cercetări clinice urmărind un plan experimentat adecvat. Cele 567 studii privind efectele terapeutice ale procedeelor terapeutice cognitiv-comportamentale fac din acestea procedeele terapeutice cele mai bine studiate. Totuşi, cele 61 de studii psihanalitice şi cele 31 cercetări asupra terapiei nondirective (Rogers) stabilesc de asemenea eficienţa terapeutică a acestor procedee.

Trebuie totuşi să adăugăm că printre cele 61 lucrări ce s-au ocupat de o evaluare controlată a procedeelor psihanalitice, autorii n-au găsit decât două procedee terapeutice psihanalitice ce prezentau un număr suficient de studii controlate pentru a permite o concluzie suficient de clară privind eficienţa lor. Este vorba de terapia scurtă psihanalitică (27 studii) şi terapia de orientare psihanalitică (12 studii). Bazându-se pe aceste studii, Meyer şi al. (1991) ajung la următoarea concluzie:

În ceea ce priveşte terapia scurtă psihanalitică:

- "La nevrozaţi şi la pacienţii suferind de tulburări ale personalităţii, terapia scurtă psihanalitică produce o reducere foarte eficientă a simptomatologiei principale, cât şi o amplificare a stării de bine [...]".

"În cazurile psihosomatice grave (astm, boli inflamatorii ale intestinelor) nu s-a obţinut nici o schimbare pozitivă, chiar dacă s-a mărit uşor numărul de şedinţe [...]".

Prin comparare cu alte forme de terapie se constata: "în ansamblu efecte mai bune ale tratamentelor atunci când se adaugă o terapie scurtă psihanalitică la tratamentul medicamentos în locul doar a unui tratament medicamentos... Din compararea cu diferite forme de terapie comportamentală terapia focală psihanalitică reuşea totuşi mai puţin bine, mai ales în ceea ce privea efectele terapiei asupra simptomatologiei principale a pacienţilor şi schimbările din domeniul interuman, în timp ce terapia scurtă psihanalitică avea tendinţa de a obţine modificări mai puternice în domeniul personalităţii".

Schimbările obţinute se menţin de asemenea pe termen lung. S-au găsit totuşi mai multe indicii care sugerează că terapiile n-ar trebui să fie prea scurte."

În ceea ce priveşte psihoterapia de orientare psihanalitică:

- "În compararea pre/postterapie, cât şi în compararea cu grupurile de control, psihoterapia psihanalitică ambulatorie s-a dovedit foarte eficientă pentru reducerea simptomatologiei principale la pacienţii suferind de tulburări nevrotice şi de tulburări ale personalităţii. Adesea au rezultat şi ameliorări ale stării de bine (*Befindlichkeit*) şi în domeniul interuman, ameliorările stării

de bine neproducându-se totuşi, în general, decât după un an de tratament. Mai rar s-au constatat aici schimbările aşteptate în domeniul personalităţii obţinute prin terapie psihanalitică."

- "La pacienţii suferind de o simptomatologie anxioasă, terapia psihanalitică nu operează o ameliorare semnificativă a simptomatologiei principale şi a stării de bine, ci schimbări în domeniul interuman".

- "Numărul de lucrări ce compară psihoterapia psihanalitică cu alte forme de terapie este foarte mic pentru a permite afirmaţii suficient de sigure".

La aceste concluzii trebuie să adăugăm alte două aspecte importante:

- "Pentru tratamentele psihanalitice de durată şi frecvenţă mai mare, nu există dovezi privind eficienţa suficient de garantate prin cercetări empirice utilizând un plan experimental solid controlat.

- "Terapia psihanalitică poate fi considerată ca un procedeu terapeutic verificat. Aceasta nu este valabil totuşi decât pentru terapia psihanalitică ce corespunde "curentului principal" al psihanalizei, aşa cum este reprezentat prin tratatul lui Thom & K chele (1985)[2], şi nu este valabil pentru numeroasele ramuri desprinse din abordarea psihanalitică originară".

Trebuie să reţinem deci aceste rezultate atunci când avem în vedere sau negociem o alegere a terapiei pentru tulburările nevrotice nemenţionate în capitolele 3 şi 4. Date fiind stereotipiile curente în ţările francofone europene, să ne reamintim:

- În ceea ce priveşte durata intervenţiilor şi ponderea clinică, cercetarea arată diferenţe între abordările terapiei nondirective, ale psihanalizei şi ale terapiei comportamentale, aspect care este subliniat şi de Meyer şi al. (1991). Repertoriul de intervenţie cel mai extins, eficienţa cea mai bine asigurată şi fundamentele teoretice şi empirice cele mai solide sunt în prezent cele ale terapiilor cognitiv-comportamentale. Acesta este motivul

[2] Adică o terapie bazată pe principiile enunţate de Freud, dar care rămîne deschisă unor dezvoltări noi şi cercetării empirice în materie de psihoterapie.

pentru care raportul asupra problemelor unei legi privind psihoterapeuţii, făcut la cererea ministerului federal german pentru tineret, familie, femei şi sănătate, concluzionează că aplicarea acestor metode ar trebui să joace un rol cât mai mare posibil în practica asistenţei psihoterapeutice[3]. În ciuda numărului de cercetări empirice în mod considerabil mai mic (doar 61 studii asupra efectului), putem, de asemenea, considera că procedeele psihanalitice de tratament bazate pe cercetarea empirică (terapia scurtă psihanalitică şi psihoterapia de orientare psihanalitică) au făcut dovada eficienţei lor pentru unele tulburări; experienţa clinică acumulată de-a lungul acestor ani prin aceste procedee le deschide posibilităţi ce nu pot fi neglijate în domeniul unor tulburări psihice. Şi terapia nondirectivă şi-a dovedit eficienţa clinică prin câteva studii (31), dar zona sa de indicaţie nu este totuşi foarte largă în domeniul tulburărilor psihice. Îi lipseşte în plus o teorie satisfăcătoare în materie de etiologie, de geneză şi de tratament al tulburărilor psihice, ceea ce presupune de asemenea mari dificultăţi pentru decizia terapeutică (indicaţie diferenţială).

- Pentru celelalte metode terapeutice (de exemplu psihoterapia analitică după Jung, terapia primală a lui Janov, programarea neurolingvistică, rebirth-ul, terapia familială dinamică după Stierlin, terapia bioenergetică, trainingul autogen etc.) se constată că studiile întreprinse în legătură cu acest subiect au dat rezultate neclare sau negative. Din această cauză, aceste metode terapeutice nu pot, pentru moment, să fie recomandate ca metode de tratament pentru tulburările psihice.

- Cât despre psihoterapia pentru copii şi adolescenţi, care este un domeniu de activitate important şi care n-a fost atins de studiul lui Grawe, trebuie să menţionăm cercetarea recentă a lui Heekerens (1992). La sfârşitul cercetării sale aprofundate, acest autor constată că "nu s-a dovedit încă eficienţa psihoterapiei de orientare psihodinamică pentru copii şi adolescenţi (spre deosebire de cele care se situează în tradiţia comportamentală sau cele centrate pe pacient). În legătură cu eficienţa acestor terapii, autorul concluzionează: "În ceea ce priveşte eficienţa, prin compararea la

[3] Nu este poate lipsit de interes să informăm cititorul că doi din cei trei terapeuţi şi cercetători cărora le datorăm acest raport aparţin curentului psihanalitic

nivelul analizei secundare se dovedeşte că psihoterapia pentru copii şi adolescenţi este o terapie eficientă - totuşi nu în aceeaşi măsură ca psihoterapia adulţilor - pentru a influenţa tulburările de conduită şi stările de suferinţă. Aceasta nu este valabil, este adevărat, decât pentru procedeele... tradiţiei centrate pe pacient şi ale tradiţiei (cognitiv-) comportamentale".

Pentru a încheia această prezentare a lucrărilor mai vechi privind problema efectelor terapeutice şi după ce am menţionat inventarul cel mai recent realizat de Grawe şi al. (sub tipar), am mai vrea să atragem atenţia asupra a două aspecte importante. Să menţionăm mai întâi că cercetarea în psihoterapie nu se referă doar la efectele şi eficienţa terapiilor, ci şi la eficienţa lor în ceea ce priveşte aspectul cost-beneficiu. Este vorba deci aici de întrebarea: care este utilitatea şi cât costă efectul obţinut? Ţinând seama de costul în creştere al asistenţei medicale, această întrebare devine din ce în ce mai importantă. Să luăm ca singur exemplu suspendarea în RFG, din cauza lipsei dovezilor suficiente privind eficacitatea şi eficienţa, a acoperirii cheltuielilor, prin asigurarea de boală-invaliditate, a psihanalizelor cu mare frecvenţă şi pe termen lung, a "curei"[4]. Şi pentru a nu lăsa cititorului impresia că cercetarea în psihoterapie este singurul domeniu în care nu găseşti încă răspunsuri clare, am vrea să atragem atenţia asupra faptului că - aşa cum arată literatura de specialitate - şi în domeniul medicinei somatice, cercetarea privind intervenţia presupune incertitudini şi nu dă totdeauna rezultate clare. Aceasta este valabil, pe de altă parte, pentru toate domeniile de cercetare asupra intervenţiei şi evaluării, chiar şi în domeniul mai puţin complex, de altfel, al tehnologiei casnice şi al energiei termice. O intervenţie poate părea că a avut succes, fără ca scopul să fi fost atins 100%. Să citäm, pentru a exemplifica, războiul din Golf, în cursul căruia au fost folosite mijloace enorme pentru un scop militar atins în proporţie de 80%, ceea ce a fost totuşi considerat ca un mare succes militar.

[4] Psihanaliza de frecvenţă mare şi de lungă durată nu va mai fi rambursată "deoarece nu s-a făcut dovada ştiinţifică fundamentată a unei indicaţii specifice şi a unei eficienţe terapeutice mai mare a acestei forme de aplicare" (Deutsches Ärzteblatt, 1993).

4. Cercetarea asupra proceselor terapeutice

Cea de-a doua problemă importantă a cercetării în psihoterapie este cea privind factorii ce produc efectele terapeutice: problema privind procesele terapeutice, variabilele-pacient şi variabilele-terapeut şi interacţiunea dintre acestea.

Cercetarea asupra proceselor ridică două probleme:

1. Ce se petrece în timpul unei psihoterapii, în ce constă procesul terapeutic?

2. Cum produce acest proces efect şi succes terapeutic, cum se obţine acesta?

Pentru a obţine un răspuns empiric la prima întrebare, putem s-o punem într-un mod mai precis şi mai diferenţiat. Aşa cum arată diferite studii, acest lucru se poate face în diferite moduri. Putem caracteriza acest complex de întrebări într-un mod mai general, evidenţiind alte întrebări ajutătoare:

- Ce se întâmplă în timpul unei şedinţe la nivelul verbal şi nonverbal? Ce spun pacientul şi terapeutul şi cum spun aceasta? Care sunt sentimentele lor, gândurile lor, fantasmele lor? Cum se pot descrie, analiza şi structura aceste fenomene?

- Ce se întâmplă în timpul şedinţelor succesive? Ce este asemănător? Sunt repetiţii, variaţii? Ce este nou? Cum putem caracteriza diferitele şedinţe şi succesiunea lor?

- Ce se întâmplă între şedinţe? Pacientul şi terapeutul se gândesc la şedinţele trecute sau viitoare? Care sunt fantasmele, gândurile, sentimentele sau acţiunile abservate în legătură cu aceasta?

Aceste întrebări sunt totuşi şi ele încă prea generale şi problema care se pune este de a şti cum trebuie tratată această abundenţă de fenomene pentru a le face accesibile cercetării empirice. Unul din răspunsurile la aceste probleme poate fi găsit într-o propunere făcută de Orlinsky & Howard (1978), care au întreprins tentativa cea mai extinsă până în prezent pentru a ordona procesele psihoterapeutice. Ei propun un sistem de categorii pentru analiza acestor fenomene, pe care o completează ulterior printr-un model (1986) în care descriu ceea ce se petrece în timpul unei terapii în raport cu cinci elemente esenţiale ale procesului terapeutic.

Investigarea acestor probleme nu se mai limitează astăzi la observaţiile făcute în timpul şedinţelor de către terapeut şi pacient, la notiţele luate în timpul sau după şedinţe. Stadiul actual al problemei cere tehnici de înregistrare (audio, video), tehnici de cercetare (electronice, interviuri mai mult sau mai puţin standardizate, chestionare) şi metode electronice şi statistice de tratare a informaţiei care fac din cercetarea asupra proceselor terapeutice o întreprindere complexă şi costisitoare. Aceasta explică de altfel relativa sa raritate.

Prezentarea sistematică a acestei cercetări asupra proceselor terapeutice ar depăşi cadrul lucrării noastre; pentru alegerea terapiei din punct de vedere al pacientului ea este de altfel mai puţin importantă decât prezentarea unor variabile concrete legate de aceste procese. Iată de ce aş prefera să mă limitez în cele ce urmează la câteva aspecte privind variabilele-pacient, variabilele-terapeut şi interacţiunea dintre acestea.

4.1. Variabilele-pacient

Psihoterapia fiind un proces de interacţiune, pacientul, care este unul din cei doi (sau mai mulţi) poli, are, bineînţeles, o importanţă capitală - pentru unii autori cea mai mare. Problema de a şti care din caracteristicile sale, generale sau specifice, afectează rezultatul terapiei a făcut obiectul unei cercetări empirice şi teoretice sistematice după cel de-al doilea război mondial.

Atunci când ne gândim la complexitatea acestei probleme, nu vom fi surprinşi să aflăm că articolele de revistă referitoare la lucrările de cercetare (de exemplu Garfield, 1986) ajung la nişte rezultate relativ puţin unitare. Ceea ce, în ciuda acestui inconvenient, poate fi considerat interesant în materie de alegere terapeutică este ceea ce se poate spune în legătură cu stereotipurile pacientului YAVIS şi HOUND. Aceste stereotipuri cristalizează într-adevăr lucruri ce se spun în legătură cu variabilele-pacient ce nu pot fi considerate în mod necesar ca o regulă, dar care conţin un sâmbure de adevăr şi orientează adesea clinicianul şi pacientul.

> Printre aceste reprezentări se găseşte între altele ideea că, pentru a întreprinde o psihanaliză, trebuie să-ţi fie destul de rău pentru a avea nevoie de aceasta şi nu prea rău pentru a o

suporta. Pentru unii autori, caracteristicile necesare pentru a întreprinde o psihanaliză ar fi să fii un pacient YAVIS, adică un pacient tânăr, atrăgător, dotat din punct de vedere verbal, inteligent şi care reuşeşte, în timp ce caracteristicile HOUND (adică sedentar, bătrân, fără succes, puţin dotat din punct de vedere verbal şi intelectual) v-ar da mai puţine şanse de a fi acceptat de către un psihanalist şi chiar de a fi acceptat pentru psihoterapie. Cercetările făcute în domeniu arată că aceasta este mai mult decât o zicală sau o vorbă de duh. Ele arată că terapeuţii au nu numai reprezentări privind pacientul ideal şi în legătură cu cel pe care le-ar plăcea sau nu să-l ia în terapie, privind pacientul care are şanse să beneficieze sau nu de o intervenţie, ci şi că aceste reprezentări contează efectiv atunci când "recomandă" psihoterapia, atunci când acceptă sau refuză un pacient. Indicarea unui tratament psihanalitic se face în funcţie de unele reprezentări asemănătoare, aşa cum o arată între altele lucrările lui Blaser (1977, 1982): "În acord perfect cu studiul elveţian, pacientul acceptabil pentru un tratament psihanalitic ar putea fi descris, ca şi pentru americani, ca având o inteligenţă net superioară mediei, dotat cu aptitudini verbale, capabil de introspecţie, cu un Eu puternic şi procese de gândire plastice. Este capabil să intre în contact cu ceilalţi şi este considerat ca nesugestionabil" (Blaser, 1982).

În ceea ce priveşte **relaţia dintre variabilele-pacient şi rezultatul terapeutic**, este consolator să aflăm că cercetarea nu găseşte nici o legătură, pentru terapiile nonpsihanalitice, nici în ceea ce priveşte vârsta, nici în ceea ce priveşte clasa socială; pentru aceste terapii nici YAVIS, nici HOUND n-au fost confirmate. Clasa socială influenţează destul şansele de a intra în terapie şi de a persevera în această direcţie, dar nu influenţează rezultatele obţinute dacă pacientul persistă. Educaţia şi şcolaritatea, din contră, par a fi în corelaţie uşor pozitivă cu rezultatele terapeutice. În ceea ce priveşte inteligenţa, rezultatele cercetării nu concordă în totalitate; putem totuşi subscrie la concluzia lui Meltzoff & Kornreich (1970), ce afirmă că o inteligenţă ridicată nu este o condiţie necesară pentru a reuşi o terapie, chiar dacă ea poate, bineînţeles, să joace un rol mai important pentru unele terapii. Să subliniem că inteligenţa nu este decât un factor printre cei care influenţează rezultatul terapeutic şi că ceilalţi factori sunt probabil mai importanţi.

importanţa pe care o are **motivaţia pentru terapie** pentru rezultatul final este, în general, considerată ca foarte mare. De aceea este de mirare că nu s-au găsit încă rezultate foarte clare în legătură cu acest subiect - poate deoarece lipseşte încă o definiţie conceptuală şi operaţională mai precisă. Motivaţia pentru terapie este strâns legată de aşteptările terapeutice. deci de modul în care pacientul îşi reprezintă terapia şi de ceea ce speră în legătură cu ea. Aceste aşteptări terapeutice au făcut obiectul unor lucrări interesante care au scos în evidenţă diferenţe între pacienţii care abandonează terapia şi cei care persistă. Heine & Trosman (1960) constatau, de exemplu, că cei care abandonează au o tendinţă spre o colaborare pasivă, tendinţa de a aştepta medicamente sau informaţia diagnostică, în timp ce pacienţii ce rămân în terapie sunt mai dispuşi spre o colaborare activă şi aşteaptă sfaturi pentru a schimba starea de lucruri. Într-o cercetare ulterioară, Heine (1962) constata că pacienţii care abandonează terapia se aşteaptă mai des să primească un sfat precis în timpul primei întrevederi, iar cei care continuă terapia se aşteaptă mai des la o atitudine permisivă din partea terapeutului. Se poate constata de asemenea că în cele două studii aşteptările pacienţilor care persistau corespundeau mai mult celor ale terapeutului decât cele ale pacienţilor care abandonau. Alt fapt interesant: pacienţii care abandonau terapia nu diferenţiau prea bine rolul psihiatrului (psihoterapeutului) de cel al unui alt medic. Acestea sunt două constatări printre altele care subliniază importanţa, pentru unele persoane, a unei "pregătiri" în vederea psihoterapiei, care clarifică aşteptările pacientului şi ofertele terapeutului şi care, dacă este cazul, susţin "motivaţia".

"Contactul cu sine-însuşi" este o altă variabilă-pacient importantă. "Rezistenţa" a făcut recent obiectul mai multor cercetări care o operaţionalizau în diverse moduri (defensivitate, autoexplorare, receptivitate etc.). Gaston şi al. (1988) au găsit astfel o relaţie între importanţa defensivităţii şi angajamentul pentru colaborare al pacientului. Ambühl & Grawe (1988) au putut constata că receptivitatea pacientului "joacă un rol mediator important între intervenţiile terapeutice şi rezultatul terapeutic".

Ultima caracteristică a pacientului care trebuie menţionată aici din cauza rolului important pe care îl joacă în determinarea rezultatului terapeutic este **natura gravităţii tulburării**. În legătură

cu acest subiect există de asemenea mai multe cercetări. Concordanţa rezultatelor nu este totuşi cea pe care am fi dorit-o - ceea ce nu poate surprinde dacă cunoaştem dificultatea de a găsi eşantioane comparabile de pacienţi, măsurători precise şi valabile ale nivelului gravităţii tulburării şi ale reuşitei terapeutice. Putem totuşi să spunem, în mod global, că rezultatele cercetărilor confirmă experienţa clinică: şansele de vindecare sau de ameliorare substanţială sunt cu atât mai mari cu cât tulburarea este dintre acelea care au o şansă mare să se remită spontan. Regula prognostică pentru remisiunea tulburărilor nevrotice formulată de Ernst şi al. (1968), după mulţi ani de observaţie, se enunţă astfel: "Cu cât personalitatea premorbidă este dotată şi afirmată în viaţă, cu cât debutul bolii este mai acut şi tabloul disforic încărcat din punct de vedere emoţional, cu atât este mai favorabil prognosticul sindromatic, cât şi cel al personalităţii. Şi, pe drept cuvânt, aceasta pare mai valabil pe termen lung decât pe termen scurt".

Totuşi experienţa clinică demonstrează, de asemenea, că şansele de vindecare sau de ameliorare substanţială sunt net **mai limitate pentru unele tulburări** - pentru psihoze în general, schizofrenii şi unele dependenţe cronice (unele tulburări de personalitate şi unele tulburări numite psihosomatice). Trebuie totuşi să notăm că dacă mai multe studii ajungeau la concluzia că reuşita terapeutică era limitată de nivelul de gravitate iniţial, cercetări mai recente arată totuşi că semnificaţia prognostică a nivelului de gravitate a unei tulburări depinde, de asemenea, de metoda de tratament.

În studiul lui Sloane şi al. (1975), de exemplu, psihanaliştii au obţinut rezultate mai bune cu pacienţi mai puţin tulburaţi, în timp ce rezultatele terapeuţilor comportamentali erau la fel de bune pentru tulburările mai grave sau mai uşoare. Grawe şi al. (1990) au constatat de asemenea efecte diferenţiate în ceea ce priveşte intensitatea tulburării: pacienţii nevrotici mai puternic tulburaţi aveau şanse mai mici într-un tratament prin terapie nondirectivă sau prin terapie multimodală, în timp ce în terapia comportamentală interacţională nivelul de gravitate al tulburării nu influenţa rezultatul terapeutic.

Aceste ultime rezultate nu pot fi bineînţeles generalizate fără argumente în plus; ele indică totuşi în mod clar că importanţa nivelului de gravitate al tulburării depinde de forma de intervenţie

sau, altfel spus, că în cazul unor tulburări cu nivel de gravitate important, unele intervenţii au mai multe şanse de succes decât altele şi din această cauză sunt mai indicate.

4.2. Variabilele-terapeut

La fel ca pacientul cel "bun", şi terapeutul cel "bun" a făcut obiectul mai multor observaţii şi reflecţii. Deşi toţi experţii sunt de acord în legătură cu existenţa sa, trăsăturile fizionomiei sale nu sunt încă foarte clare, deoarece nu este mult timp de când el a devenit accesibil pentru a fi analizat. În cazul în care este posibilă această analiză, intervenţia sa rămâne cu toate acestea un lucru foarte complex, aşa cum reiese din diferitele tentative de a-i sistematiza caracteristicile şi funcţiile (de exemplu Beutler şi al., 1986; Tscheulin, 1982, 1992). Un alt motiv ce explică locul modest pe care îl ocupă terapeutul cel "bun" în planul cercetării constă în faptul că variabilele-terapeut n-au fost adesea bine definite şi nu sunt integrate teoretic şi în aceea că cercetările cu acest subiect sunt de calitate foarte inegală. Nu este surprinzător să considerăm că psihoterapia este un proces şi că în timpul acestui proces caracteristicile terapeutului pot avea efecte diferite în diferite momente, pot intra în interacţiune cu caracteristicile pacientului şi pot influenţa unele componente diferite ale rezultatului final. Este deci dificil să răspundem la întrebarea ce vizează identificarea caracteristicilor terapeutului cel "bun"; o revistă de specialitate ne furnizează totuşi unele răspunsuri posibile. Putem, de exemplu, să încercăm să reperăm variabilele cele mai bine şi cele mai slab confirmate de către cercetările făcute până în prezent.

În timpul cercetării literaturii de specialitate, vom fi mai întâi surprinşi văzând că nu sunt confirmate, sau că sunt confirmate într-o măsură foarte nesatisfăcătoare, un oarecare număr de variabile considerate mult timp ca foarte importante: **apartenenţa la o şcoală şi "orientarea teoretică", "tipul de terapeut A şi B"** ce erau la început promiţătoare, **triada rogeriană** a "condiţiilor necesare şi suficiente" (căldură, empatie, autenticitate), care sunt foarte necesare, dar nu suficiente, sexul terapeutului, terapia sa personală (analiza didactică sau personală) şi experienţa sa.

Experienţa clinică nu se judecă în funcţie de vârsta terapeutului sau de numărul de ani de când a practicat, ci după numărul, tipul

şi varietatea pacienţilor trataţi prin psihoterapie. Toţi terapeuţii - şi cei care provin din alte discipline - îi acordă o mare importanţă şi aceasta din motive suficiente. Cu toate acestea, Parloff şi al. (1978) n-au putut să-i confirme importanţa; Beutler şi al. (1986) au constatat că "experienţa clinică poate favoriza procesele de tratament, dar că aceste efecte nu sunt uşor de convertit în termeni de evaluare". Literatura mai recentă pare totuşi să sugereze că experienţa clinică contează mai ales în tulburările grave, la pacienţii dificili şi în timpul tratamentelor complexe şi intensive şi că ea diminuează coeficientul de abandon al tratamentului. În plus, ea facilitează, probabil, la terapeut o atitudine mai tolerantă faţă de pacienţii iritaţi şi colerici şi îi permite să-i abordeze cu mai puţine stereotipii negative. Desigur ne este permis să presupunem că lucrări de cercetare noi şi mai bune vor ajunge la rezultate mai favorabile. Trebuie, bineînţeles, să subliniem că succesul unui terapeut este determinat în mod esenţial şi de alţi factori, ca de exemplu **implicarea sa** în terapie. **Experienţa psihoterapeutică personală** joacă, de asemenea, un rol important după părerea mai multor terapeuţi. Un terapeut ar trebui să ştie cum îl afectează pe pacient comportamentul său, problemele sale personale şi procedeele sale terapeutice. Tulburările psihice şi stresul au un efect negativ asupra efortului terapeutic. Această experienţă psihoterapeutică personală se câştigă în timpul analizelor "didactice" (personale), în grupuri de experienţă personală şi mai ales în timpul supervizărilor în cursul cărora un terapeut experimentat "controlează" munca tânărului practician şi asistă la munca acestuia. **Rolul analizei didactice este totuşi controversat** (vezi, de exemplu, Schmidbauer, 1972; Zimmer, 1985), iar efectul său pozitiv asupra rezultatului terapeutic al pacientului n-a putut fi stabilit nici de Parloff şi al. (1978), nici prin lucrări mai recente. Ultimele lucrări sugerează totuşi că terapia personală ar putea ameliora stima faţă de sine şi modul de lucru. Dar Buckley şi al. (1981) au găsit că în cel puţin 20% din terapiile personale s-au observat efecte negative (diminuare emoţională, relaţii de tip marital desfăcute, suferinţă). Relativ puţine lucrări empirice au studiat problema **rolului sexului terapeutului** în raport cu rezultatul terapeutic. Aceasta este surprinzător dacă ţinem cont de interesul care există pentru problemele feminine şi pretenţia, în mediile feministe, ca femeile să apeleze la terapeuţi femei. Situaţia nu poate fi deci analizată

decât cu ajutorul unor lucrări ceva mai vechi. Orlinsky & Howard (1976) au constatat că sexul poate juca un rol la unele femei în legătură cu anumite probleme specifice cum ar fi alegerea unei vieţi de familie sau unele tulburări depresive; în situaţiile respective aceste femei se simt mai în largul lor, mai comunicative şi mai încurajate de către un terapeut femeie. Persons, Persons & Newark (1974) afirmă că femeile tinere cu probleme sexuale şi cu probleme legate de unele momente din viaţa lor se simt mai bine la un terapeut femeie, bărbaţii tineri cu acelaşi tip de probleme preferă şi ei un terapeut de acelaşi sex. Berzins (1975) şi Berzins şi al. (1978) ajungeau la concluzia că flexibilitatea cu care este tratată atitudinea în legătură cu rolul sexual este probabil mai importantă decât sexul terapeutului. Norkus (1976) a constatat că unii pacienţi trataţi de un terapeut al cărui sex a fost ales de către aceştia obţineau rezultate mai bune decât pacienţii care aveau un terapeut al cărui sex nu-l puteau alege. Perry, Frances & Clarkin (1985, p. 364) cred totuşi că "tratamentul ce vizează o schimbare de caracter ar trebui probabil să fie aplicat de către un terapeut al cărui sex creează dificultăţi pacientului, în timp ce tratamentul ce vizează reducerea simptomelor ar trebui cel mai adesea să fie aplicat de un terapeut al cărui sex ridică mai puţine probleme posibile pacientului".

Dintre caracteristicile terapeutului a căror relaţie cu rezultatul terapeutic a fost cel mai bine stabilită trebuie să menţionăm mai ales trei: **absenţa problemelor emoţionale**, ce interferează cu terapia (sau, altfel spus, sănătatea sa psihică), **priceperea şi competenţa sa** şi **interesul său pentru a-şi ajuta** pacienţii. Importanţa acestor variabile ce apărea deja în unele cercetări anterioare (Orlinsky & Howard, 1978; Parloff şi al., 1978) şi-a găsit o confirmare ulterioară într-o lucrare a lui Luborsky şi al. (1985).

În această lucrare concepută pentru a arunca mai multă lumină asupra impactului terapeutic al variabilelor-terapeut şi pentru a le înţelege mai bine, Luborsky şi al. au făcut un studiu îngrijit privind efectele terapeutice obţinute de trei grupuri de terapeuţi de orientare diferită (psihanalitică, cognitiv-comportamentală şi consiliere) şi le-au pus în relaţie cu variabilele-terapeut (caracteristicile personale şi comportament terapeutic) evaluate cu instrumente dezvoltate special în acest scop. Analiza corelaţiilor indică faptul că eficacitatea unui terapeut este determinată, în parte, de "sănătatea sa psihologică", priceperea şi interesul său de a ajuta pacienţii. Analiza variabilelor-terapeut a demonstrat, de asemenea, că se pot distinge clar tehnicile de tratament şi **acurateţea cu care acestea sunt aplicate** şi că terapiile mai clare (neamestecate), oricare ar fi orientarea lor, sunt asociate cu rezultate mai bune. Este interesant de notat că Shaw (1983) a găsit unele rezultate asemănătoare în timpul unui studiu comparativ asupra antrenamentului pentru terapia comportamentală cognitivă şi pentru terapia interpersonală. În ceea ce priveşte influenţa exercitată de acurateţea aplicării metodei, acest ultim aspect ar indica de asemenea importanţa "tehnicii" de tratament.

Această cercetare a scos în evidenţă alte aspecte importante pentru subiectul nostru: autorii au constatat într-adevăr mari **diferenţe privind eficacitatea între diferiţii terapeuţi**. Este o descoperire interesantă, nu numai pentru că, în ciuda unui număr mare de lucrări comparative, acest fapt apare pentru prima oară atât de clar, ci şi pentru că ar putea să explice constatarea, făcută în studiile comparative, că diferitele metode de psihoterapie dau rezultate destul de asemănătoare. S-ar putea, într-adevăr, ca în celelalte lucrări comparative, diferenţe asemănătoare privind eficacitatea terapiilor să fi existat şi să fi făcut dificilă manifestarea unor diferenţe între terapii deoarece eficacitatea unei terapii poate varia în funcţie de **eficacitatea terapeuţilor** care au "aplicat-o" în cercetările comparative în discuţie. În plus, dacă lucrurile stau astfel, aceasta ar putea însemna că "terapeutul nu este doar transmiţătorul unui agent terapeutic standard", ci mai curând "o sursă de schimbare impotantă, independentă, ce are capacitatea de a amplifica sau a reduce efectul unei terapii" (Luborsky şi al., 1985).

În ceea ce priveşte factorii care determină eficacitatea unui terapeut, analiza datelor privind caracteristicile personale ale terapeutului şi relaţia sa cu pacientul conduc autorii la concluzia că "**agentul major al unei psihoterapii eficiente** este **personalitatea terapeutului**, în special **capacitatea** sa **de a crea o relaţie afectuoasă şi de susţinere**". Ei cred de asemenea "că constatarea foarte bine fundamentată privind diferenţele nesemnificative ce există la nivelul efectelor terapiilor diferite din punct de vedere conceptual sugerează că tipul specific de terapie poate fi o sursă de schimbare mai slabă decât factorii-terapeut".

În ceea ce priveşte **importanţa tehnicii**, autorii adaugă celor spuse deja că analizele lor i-au condus la concluzia următoare: "conţinutul şedinţei era un factor ce contribuia la rezultatele pacientului, care era separat de calităţile personale ale terapeutului sau de relaţia pe care acesta o crease".

Interacţiunea factorilor determinanţi ai eficacităţii terapeutului este interpretată de autori, în lumina analizelor efectuate în legătură cu munca lor, astfel. Capacitatea de a forma o relaţie de ajutor terapeutic este mult influenţată de calităţile personale ale terapeutului. Această capacitate a terapeutului de a crea o relaţie de ajutor apare din analize ca fiind "poate elementul determinant cel mai important al eficacităţii sale", dar ea este în mod evident influenţată în aceeaşi măsură de caracteristicile pacientului, fiind de asemenea produsul unei interacţiuni. Dacă luăm în considerare corelaţia ridicată ce există între acurateţea tehnicii şi efectul terapeutic, este probabil că, o dată această relaţie terapeutică stabilită, "terapeuţii care fac ceea ce s-a presupus că fac să devină astfel eficienţi". Cum este vorba de corelaţie, putem interpreta aceasta şi în sens invers, spunând că "atunci când un pacient experimentează o relaţie de ajutor, el pune terapeutul în situaţia de a adera la tehnica pe care are dreptul s-o practice".

Terapeutul cel "bun", să nu uităm, ar fi deci cel care este capabil să creeze o relaţie terapeutică valabilă datorită unor anumite caracteristici personale menţionate. El trebuie, în plus, să fie capabil să practice în mod corect o metodă căreia îi cunoaşte indicaţiile.

Datorită faptului că variabilele-pacient şi variabilele-terapeut nu acţionează izolat, ci se află în interacţiune, se pune problema şi de a şti dacă există corespondenţe sau afinităţi pozitive sau negative: există corespondenţe între pacient şi terapeut care să favorizeze sau să defavorizeze într-un mod mai special procesul terapeutic? Cercetarea asupra acestei probleme a dat deja câteva rezultate interesante. Dar cum acestea nu sunt totuşi utilizabile în acest context, nu vom aborda problema.

Pentru a termina aceste indicaţii privind unele caracteristici importante ale pacientului şi ale terapeutului, am vrea să mai subliniem încă o dată că aceste caracteristici nu acţionează izolat, ci în funcţie de partenerul interacţiunii şi din acest motiv n-au totdeauna acelaşi efect.

Dacă pentru a concluziona punem atunci întrebarea: care este aportul cercetării la cunoaşterea proceselor psihoterapeutice?, aş vrea să revin la lucrarea lui Orlinsky & Howard (1986). Aceşti autori au studiat aproximativ 1 100 observaţii (obţinute în treizeci şi cinci de ani de cercetare, terapia comportamentală nefiind inclusă) privind relaţia dintre diferitele aspecte ale procesului şi rezultatului terapeutic. Rezultatul analizei lor a fost formulat în treizeci şi patru de puncte ce răspund la întrebarea: Ce este efectiv terapeutic în psihoterapie? Din aceste treizeci şi patru concluzii le-aş rezuma pe acelea care sunt cel mai bine stabilite şi care sunt importante pentru cineva care caută un ajutor terapeutic.

În ceea ce priveşte **pacientul**, trebuie să menţionăm ca factori favorizând reuşita terapeutică **o pregătire în vederea colaborării sale terapeutice**, **capacitatea** sa în domeniu şi **implicarea** sa.

Contactul cu sine însuşi, **deschiderea** spre propriile sale sentimente şi gânduri, **capacitatea** şi **voinţa de a şi le exprima** sunt alte condiţii importante pentru reuşita terapeutică; ele pot fi întărite, de altfel, în timpul efortului terapeutic. În legătură cu aceasta mai putem nota că faptul de a resimţi şi de a exprima efecte şi sentimente negative la începutul terapiei este însoţit adesea de reale succese terapeutice. **Sentimentele afectuoase pentru terapeut, faptul de a-l fi acceptat**, cât şi un sentiment de asemănare cu acesta sunt de asemenea foarte adesea asociate unui rezultat favorabil.

Caracteristicile **terapeutului,** cel mai clar legate de reuşita terapeutică, sunt **încrederea** sa, **implicarea** sa în legătură cu pacientul (mai ales atât cât este perceput de către acesta) şi în mod deosebit **priceperea** şi **competenţa** sa. **Disponibilitatea afectuoasă faţă de pacient şi acceptarea acestuia** sunt de asemenea semn bun.

În planul relaţiei pacient-terapeut, **alianţa terapeutică**, **rezonanţa empatică** şi **afirmarea reciprocă**, cât şi colaborarea la **împărţirea iniţiativei şi a responsabilităţii contribuie în mod pozitiv la reuşita terapeutică.** Este deci o relaţie bazată pe încredere, în care te simţi înţeles şi în care se simte interesul şi voinţa de a colabora, ceea ce duce la succes.

5. Cercetarea privind indicaţiile

Dacă cercetarea asupra efectelor şi proceselor terapeutice studiază tipul şi numărul de schimbări terapeutice şi factorii şi procesele care sunt responsabile de aceste schimbări, cercetarea asupra indicaţiilor se referă la întrebarea: la ce tip de pacient cu ce fel de problemă, ce fel de terapie aplicată de ce fel de terapeut operează ce fel de efecte (terapeutice)? Este vorba aici deci de a cunoaşte nu numai nişte factori generali şi nişte rezultate sub formă de medie, ci mai curând factorii şi rezultatele care explică mai bine deosebirile diferenţiale şi individuale ale situaţiei clinice reale. Din această cauză cercetarea interesează în special clinicianul, dat fiind faptul că ea tratează despre problema pe care i-o pune fiecare nou pacient. Dacă privim situaţia mai îndeaproape, este vorba de fapt de două probleme: cea privind indicaţia selectivă: Ce metodă este indicată în acest caz?, şi cea a indicaţiei adaptative: Cum trebuie adaptată metoda aleasă la particularităţile pacientului şi ale evoluţiei terapiei? În afară de aceste două probleme, cercetarea asupra indicaţiei se referă şi la procesele implicate, adică la modul în care se iau deciziile în materie de indicaţie. În cele ce urmează ne vom limita la prima problemă, adică la cea privind indicaţia selectivă.

Atunci când clinicianul se găseşte în faţa unei astfel de probleme, el caută mai întâi răspunsul în experienţa sa profesională, în cea a colegilor săi sau în tratate. Acolo s-a acumulat experienţa clinică sub formă de reguli formulate mai mult sau mai puţin explicit în materie de indicaţii (de exemplu: "în cazul unei fobii simple, tratamentul indicat este terapia comportamentală"). Atunci când clinicianul studiază cu atenţie aceste informaţii, el găseşte opinii într-o oarecare măsură diferite, chiar contradictorii, şi poate se întreabă cu ce poate contribui cercetarea la rezolvarea acestei probleme. El va remarca această contribuţie a cercetării la trei niveluri diferite: în comparaţiile critice şi sistematice ale studiilor de caz, în studiile comparative de grup şi în rezumatele sistematice şi critice ale rezultatelor obţinute prin diferite cercetări (se vorbeşte şi de aglutinare şi de metaanaliză). Atunci când va fi găsit răspunsul, el va trebui să se întrebe care este importanţa acestor informaţii în procesul formulării indicaţiei.

Care sunt deci problemele ridicate de cercetare în legătură cu indicaţia şi cum trebuie să procedăm pentru a răspunde la ele în mod valabil? Printre problemele care apar în practica curentă, să menţionăm între altele următoarele:

1. Psihoterapia, în general, sau o metodă oarecare, în particular, sunt eficiente? Formulată mai precis şi în termenii cercetării, pacienţii trataţi prin psihoterapie s-au schimbat în mod semnificativ şi pozitiv în comparaţie cu pacienţii netrataţi?

2. Ce metodă terapeutică este eficientă, în general sau pentru această problemă specifică, şi în ce măsură?

3. Ce caracteristici ale pacientului/problemei, ale terapeutului şi ale metodelor terapeutice prezintă ce raport cu rezultatul terapeutic?

4. Ce pacienţi/probleme reacţionează cel mai bine la ce metode terapeutice?

Aceste întrebări se referă la relaţiile dintre pacienţi, la probleme, metode terapeutice, terapeuţi şi rezultate terapeutice.

Planurile de cercetare ce permit să se răspundă la aceste întrebări sunt de tip corelaţional şi experimental. Planurile cele mai indicate totuşi sunt planurile factoriale care permit examinarea efectului obţinut prin variaţia unuia sau a mai multor factori (vezi Huber, 1987).

Ce importanţă au rezultatele **acest**or cercetări? Cum am abordat această problemă în ultimul capitol, aş vrea să adaug aici doar câteva remarci privind locul şi importanţa pe care o au rezultatele cercetării în luările de decizie concrete privind indicaţia.

Indicaţia terapeutică este recomandarea justificată (prin argumente raţionale şi empirice) a unei metode de intervenţie eficientă pentru rezolvarea unei probleme sau pentru tratamentul unei tulburări. Aşa cum am văzut în paragraful consacrat cercetării asupra proceselor terapeutice, efectele unei intervenţii nu depind totuşi doar de problema sau de tulburarea clinică (de exemplu: schizofrenie, fobie, obsesie) şi de metoda de tratament, ci şi de caracteristicile pacientului, ale terapeutului şi de interacţiunea dintre acestea. Este vorba deci de a ţine seama de aceste caracteristici în momentul stabilirii indicaţiei, deoarece ele au, în psihologia clinică, o importanţă mult mai mare decât, de exemplu, în medicina generală (chiar dacă şi acolo li se acordă deja mai multă importanţă decât în chirurgie, de exemplu). Mult mai mult încă decât medicina generală, psihologia nu tratează boli sau

probleme, ci indivizi, pacienţi care suferă de boli şi de probleme. Date fiind individualitatea şi complexitatea pacientului şi a contextului în care se desfăşoară tratamentul care este în mod constant schimbător, cunoştinţele obţinute datorită cercetărilor empirice asupra psihoterapiei nu sunt suficiente totuşi pentru a lua o decizie în cazul concret. Ele furnizează mai curând un cadru foarte general de acţiune şi trebuie să fie completate prin cunoştinţe generale în domeniu şi o cultură "intuitivă" şi profesională neexperimentată în mod riguros. Aceasta este o limitare de principiu. La aceasta se adaugă o limitare de fapt, datorată stadiului actual al cunoaşterii care poate totuşi să fie ameliorat cu timpul. Situaţia concretă face ca pentru multe probleme care apar în timpul luărilor deciziei de indicaţie terapeutică să nu dispunem încă de rezultatele cercetărilor empirice (aşa cum apare, de exemplu, din literatura privind diversele tulburări psihice).

Pentru a concluziona, aş dori să subliniez încă o dată două aspecte. Mai întâi în legătură cu limitarea de principiu: oricare ar fi progresul cercetării, "nu ne putem aştepta niciodată la reguli de acţiune atât de specifice încât alegerea terapiei să se poată face în mod univoc în cazul singular" (Baumann, 1981). Apoi: pentru un alt expert în acest domeniu, "un sistem de indicaţie fondat pe cercetări empirice de grup nu va putea fi stabilit" (Seidenstücker, 1984). Acest autor adaugă totuşi imediat după aceea: "Aceasta nu pune bineînţeles în discuţie volumul de cunoştinţe obţinut prin studiile asupra indicaţiei făcute până în prezent, nici necesitatea de a obţine încă mai multe de acest fel". Este deci foarte clar că cercetarea asupra indicaţiei rămâne necesară şi constituie una din sarcinile importante ale psihoterapiei.

ANEXA 2

Liste de întrebări

Listele de întrebări adăugate aici prezintă fraze neterminate sau cuvinte cheie conţinând aspecte ce pot fi importante atunci când ne gândim la o terapie şi atunci când alegem o formă de terapie sau un terapeut. Ele îşi propun să vă ajute să formulaţi sau să ordonaţi întrebările pe care vi le puteţi pune în legătură cu acest subiect. Procedaţi pas cu pas: citiţi mai întâi frazele (cuvintele cheie) şi completaţi-le în mod spontan; gândiţi-vă şi puneţi-vă întrebări în legătură cu rezultatul. Linia punctată de la sfârşitul fiecărei liste lasă loc pentru alte întrebări sau gânduri care v-ar veni în minte în timpul exerciţiului.

1. Ambivalenţă: ezitare înainte de a consulta un terapeut

Ar trebui să îmi rezolv singur problemele .....
Nu se ştie ce se va mai întâmpla.....
Devii dependent.....
Va avea un sfârşit această terapie.....
Aceasta nu va schimba oricum nimic.....
Aceasta va fi dovada că totul este din vina mea.....
Nu ţin să-mi trăiesc toată viaţa.....
Consumul de energie şi de bani este prea mare.....
Vreau să mai încerc încă o dată singur.....
.....

2. Inventar

A. Sentimente
Majoritatea timpului sunt.....
Sunt anxios.....
Sunt adesea enervat, iritat.....
Sunt trist.....
Mă simt vinovat.....
Este greu pentru mine.....
Am încredere în viaţă.....

B. Sentimentul faţă de sine
Mă simt bine aşa cum sunt.....
Îmi plac aspectul meu şi felul meu de a fi.....
Mă simt capabil şi inteligent.....
Fac în general bine ceea ce fac.....
Am calităţile şi avantajele mele.....
Mi-ar plăcea să fiu mai puţin.....
Mi-ar plăcea să fiu mai mult.....
.....

C. Eu şi ceilalţi
Relaţiile mele cu:
-părinţii.....
- fraţii şi surorile.....
- prietenii.....
- cunoştinţele.....
- colaboratorii.....
- superiorii.....
Am un prieten adevărat.....
Am relaţii de prietenie durabile.....
Am o relaţie sentimentală satisfăcătoare.....
Problema mea în legătură cu relaţiile interpersonale este:.....
.....

D. Modalităţi de a-şi trăi viaţa
Să mănânci, să bei, să fumezi.....
Ştiu să iau decizii.....
Sunt mulţumit cu performanţa mea la locul de muncă.....
Îmi fac munca fără un efort prea mare.....

Îmi realizez proiectele.....
Stilul meu de viaţă mă satisface.....
Viaţa mea îmi confirmă aşteptările.....
Viaţa mea sexuală este satisfăcătoare.....
Printre scopurile importante ale vieţii mele.....
.....

E. Anul trecut: evenimente importante şi reacţia mea:.....
Din punct de vedere personal.....
În dragoste.....
În familie.....
Prietenii mei.....
Cunoştinţele mele.....
Munca mea.....
.....

F. Trecutul
Tatăl meu.....
Mama mea.....
Fraţii şi surorile mele.....
Când eram copil, eram.....
Cea mai urîtă amintire din copilărie.....
Cea mai frumoasă amintire din copilărie.....
Copilăria mea a fost.....
Perioada de după copilărie era.....
.....

G. Viitorul
Dacă lucrurile continuă aşa.....
Mi-ar plăcea.....
Cea mai mare dorinţă a mea ar fi.....
Ar trebui.....
Dacă încep o terapie.....
.....

H. Aspecte pozitive din viaţa mea
Reuşite, satisfacţii, bucurii, posibilităţi nerealizate etc.:
Ceea ce găseam şi găsesc pozitiv la:
- mine însumi.....
- părinţii mei.....

- partenerii mei.....
- prietenii mei.....
- cunoştinţele mele.....
- munca mea.....
- activităţile mele preferate.....

Bucuriile pe care le-am avut deja:.....
În ciuda oricărui ghinion.....
Atunci când aştepţi tot ceea ce se întâmplă.....
Ceea ce până în prezent mi-a dat puterea de a trăi.....
.....

3. Terapeutul pe care doresc să-l am

(Bifaţi ceea ce vă convine)

femeie	sensibil	generos
bărbat	cu umor	savant
matern	cu tact	taciturn
patern	afectuos	stimulativ
tânăr	rezervat	blând
vârstă mijlocie	inteligent	solid
în vârstă	ironic	simpatic
atrăgător	confortabil	cu fantezie
înţelept	exigent	binevoitor
direct	serios	stilat
amabil	serviabil	artist
organizat	flexibil	autoritar
sportiv	cultivat	iterat
.....	.....	.....

4. Prima convorbire

(Înaintea primei convorbiri gândiţi-vă la următoarele lucruri)
Problema mea:

- Ce mă deranjează, în ce constă problema mea?.....
  - Când, de ce şi cum a debutat aceasta?.....
  - Ce am făcut deja pentru a o rezolva?.....
  - De ce caut acum ajutor?.....

Ce aştept de la terapie?.....
Ce aştept de la terapeut?.....

Ce contribuţie pot aduce?.....
Ce vreau să-i spun terapeutului?.....
Ce vreau să-l întreb pe terapeut?.....
de ex: - Cum vede el problema?.....
- Sunt necesare un examen medical sau medicamente?
- Partenerul sau familia vor participa la terapie?
- Care sunt condiţiile în ceea ce priveşte orarul şi aspectul financiar (asigurare etc.)

.....

5. Impresii după prima convorbire

(Completaţi frazele sau bifaţi ceea ce vă convine)
Am stabilit o relaţie bună.....
Ştia să asculte.....
Aveam sentimentul că am ocazia şi timp să mă exprim.....
Îmi inspiră încredere.....
Pare că mi-a înţeles problema.....
Era natural şi priceput.....
Felul său de a fi îmi convine.....
A atins şi a mişcat ceva în mine.....
Mă ajuta să mă exprim, găsea cuvintele potrivite.....
Am aflat ceva nou despre mine.....
Am sentimentul că mi-ar plăcea să lucrez cu el.....
Pare interesat să lucreze cu mine.....
Modul său de a trata problema mă emoţionează şi îmi place.....
.....

6. Schemă pentru a facilita luarea deciziei după lectura capitolului 5

Această schemă nu este un catalog de sarcini care ar trebui îndeplinite categoric în mod sistematic înaintea unei terapii; ea vizează doar să vă stimuleze ideile şi să vă ajute să vă clarificaţi problema, şi să vă pregătiţi pentru întâlnirea şi negocierea cu un consilier sau un terapeut. Folosiţi-o deci după cum vă convine.

I. Moment de meditaţie şi de clarificare a problemei
Ce vă vine în minte în legătură cu problema dumneavoastră?
Notaţi acest lucru pe hârtie.
Consultaţi eventual:
- lista cu probleme (tabelele 9, 10 şi 11)
- descrierile tulburărilor de la capitolele 3 şi 4
- lista cu întrebări privind inventarul:
  - sentimente
  - sentimentul de sine
  - eu şi alţii
  - mod de a-ţi trăi viaţa
  - anul trecut, evenimente importante
  - viitor
  - scopurile dumneavoastră terapeutice

Rezumaţi rezultatul în câteva fraze.
Dacă ezitaţi să cereţi ajutor, notaţi motivele pe hârtie, consultaţi lista 1 din anexă şi vorbiţi despre aceasta cu o persoană de încredere.

II. Alegerea terapiei
Citiţi recomandările de tratament făcute pentru tulburarea dumneavoastră la capitolele 3 şi 4.
Citiţi indicaţiile utile pentru alegerea terapiei.
Meditaţi la ceea ce aţi găsit şi rezumaţi aceasta.

III. Alegerea terapeutului
Întrebaţi-vă cum vă imaginaţi terapeutul şi notaţi pe hârtie ceea ce v-a venit în minte în legătură cu acest lucru.

Pentru a pregăti prima convorbire, vă imaginaţi situaţia şi
- vă gândiţi la modul în care trebuie să vă prezentaţi
ce vă aduce la terapeut
ce aşteptaţi de la terapie
- rezumaţi aceste gânduri în câteva fraze şi notaţi-le
- notaţi ceea ce doriţi să-l întrebaţi pe terapeut
- citiţi lista cu întrebări din anexă (lista 4)

După prima convorbire, veţi rememora încă o dată întâlnirea şi veţi nota ceea ce vă vine în minte în legătură cu aceasta:
- comparaţi rezultatul cu punctele din lista 5 din anexă.
- reconsideraţi totul, analizaţi argumentele pro şi contra şi hotărâţi-vă pentru o altă (ultima) convorbire, pentru un contract terapeutic sau pentru consultarea unui alt terapeut.

Bibliografie

ABRAMSON L.Y., SELIGMAN M.E.P. & TEASDALE J.D., „Learned Helpless in Humans: Critique and Reformulation", *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.

ALBERT H & STAF K.H. (ed.) (1979), *Theorie und Erfahrung*, Klett-Cota.

AMBÜHL H & GRAWE K. (1988), „Die Wirkungen von Psychotherapien als Ergebnis der Wechselwirkung zwischen therapeutischem Angebot und Aufnahmebereitschaft der Klienten", *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 36, 308-327.

American Psychiatric Association (1982), *Comission on Psychotherapies. Psychotherapy Research: Methodological and Efficacy Issues*, Washington DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1989), *Treatment of Psychiatric Disorders: A Task Force Report of the American Psychiatric Association*, Washington DC: American Psychiatric Association.

ANDREWS G. & HARVEY R. (1981), „Does Psychotherapy Benefit Neurotic Patients? A Reanalysis of the Smith, Glass and Miller data", *Archives of General Psychiatry*, 38, 1203-1208.

APPELBAUM S.A. (1077), *The Anatomy of Change*, New York: Plenum.

ARENTEWICZ G. & SCHMIDT G. (1980), *Sexuell gestörte Beziehungen. Konzept und Technik der Paartherapie*, Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

ARENTEWICZ G. & SCHMIDT G. (ed.) (1986), Sexuell gestörte Beziehungen. Konzept und Tecnik der Paartherapie (a 2-a ed., revăzută), Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

ARKOWITZ H. & MESSER S.B. (ed.) (1984), *Psychoanalytic Therapy and Behavior Therapy: Is Integration Possible?* New York, Londra: Plenum.

Association of Sleep Disorders Centers (ASDC) (1979), „Diagnostic Classification of Sleep and Arousal Disorders", *Sleep*, 2, 1-137.

BALCK F., REIMER C. & JENISCH V. (1981), „Suizidalität und Partnerschaft", *in*: H. HENSELER & C. REIMER (ed.), *Selbstmordgefährdung. zur Psychodynamik und Psychoterapie*, Stuttgart: Frommann-Holzboog Verlag, 28-54.

BANDURA A. (1969), *Principles of Behavior Modification*, New York: Holt, Rinehart & Winston.

BARBACH L.G. & FLAHERTY M. (1980), „Group Treatment of Situationally Orgasmic Women", *Journal of Sexual and Marital Therapy*, 6, 19-29.

BARLOW D.H. & WADDEL M.T. (1985), „Agoraphobia", *in*: D.H. Barlow (ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders*, New York: Guilford Press.

BARLOW D.H. (1988), *Anxiety and its Disorders. The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*, New York, Londra: Guilford Press.

BARLOW D.H., O'BRIEN G.T. & LAST C.G. (1984), „Couples Treatment of Agoraphobia: Changes in Marital Satisfaction", *Behavior Reserach and Therapy*, 19, 245-255.

BASTINE R. (1982), „Psychoterapie", *in*: R. Bastine şi *al.* (ed.), 311-317.

BASTINE R. (1984), *Klinische Psychologie*, vol. 1, Stuttgart: Kohlhammer.

BASTINE R., FIEDLER P.A., GRAWE K., SCHMIDTCHEN S. & SOMMER G. (ed.) (1982), *Grundbegriffe der Psychoterapie*, Weinnheim: Edition Psychologie.

BAUMANN U. (ed.) (1981), *Indikation zur Psychotherapie: Perspektiven für Praxis und Forschung*, München: Urban & Schwarzenberg.

BAUMANN U. & PERREZ M. (ed.) (1990), *Klinische Psychologie*, vol. 1: *Grundlagen, Diagnostik, Atiologie*, Berna, Stuttgart, Toronto: Huber.

BAUMANN U. & VON WEDEL B. (1981), *Stellenwer der Indikationsfrage im Psychotherapiebereich, in*: U. BAUMANN (ed.), 1-36.

BEAHRS J.O. (1986), *Limits of Scientific Psychiatry: The Role of Uncertainty in Mental Health*, New York: Brunner & Mazel.

BEAUDRY M. & BOISVERT J.M. (1988), *La Psychologie du couple. Quand la science se met a parler d'amour*, Montréal: le Méridien.

BECK A.T. (1983), „Cognitive Therapy of Depression: New Perspectives", *in*: P.J. Clayton & J.E. Barrett (ed..), *Treatment of depression: Old Controversies and New Approaches*, New York: Raven, 265-284.

BECK A.T., RUSCH A.J., SHAW B.F. & EMERY G.C. (1979), *Cognitive Therapy of Depression*, New York: Guilford Press.

BECKER N. (1975), „Psychoanalytische Ansätze bei der Therapie sexueller Funktionsstörungen", *in*: V. SIGUSCH (ed.), 1-12.

BECKER P. (1986), „Psychologie der seelischen Gesundheit", *in*: P. BECKER & B. MINSEL (ed.), 1-90.

BECKER P. & MINSEL B. (1986), *Psychologie der seelischen Gesundheit*, vol. 2: *Persönlichkeitspsychologische Grundlagen, Bedingungsanalysen und Förderungsmöglichkeiten*, Göttingen, Toronto, Zürich: Dr. C.J. Hogrefe, Verlag für Psychologie.

BECKAMANN D. (1976), „Paardynamik und Gesundheitsverhalten. Einige Ergebnisse einer reprasentativen Erhebung", *in*: H.E. RICHTER, H. STROTZKA & J. WILLI (ed.), *Familie und seelische Krankheit*, Reinbek: Rowohlt.

BERGIN A. (1971), „The Evaluation of Therapeutic Outcomes", *in*: A.E. BERGIN & S.L. GARFIELD (ed.).

BERGIN A.E. & GARFIELD S.L. (ed.) (1971), *Handbook of Psychoterapy and Behavior Change: an Empirical Analysis*, New York: Wiley.

BERNAY T., KOLVIN I., BHATE S., GARSIDE R., JEANS J., KAY B. & SCARTH L. (1981), „School Phobia: a Therapeutic Trial with Chlomipramine and Short-term Outcome", *British Journal of Psychiatry*, 138, 110-118.

BERTALANFFY L. VON (1950), „An Outline of General System Theory", *British Journal of the Philosophy of Science*, 1, 134.

BERZINS J.I. (1975, iun.), „Sex Roles in Psychoterapy: New Directions for Theory ans Research", Acta, Colocviul organizat de Society for Psychoterapy Research, Boston.

BERZINS J.I., WELLING M.A., & WETTER R.E. (1978), „A New Measure of Psychological Androgyny Based on the Personality Research Form", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 466, 126-138.

BEUTLER L.E. (1983), *Eclectic Psychotherapy. A Systematic Approach*, New York: Pergamon Press.

BEUTLER L.E. & CLARKIN J.F. (1990), *Systematic Treatment Selection: Toward Targeted Therapeutic Interventions*, New York: Brunner/Mazel.

BEUTLER L.E., CRAGO M. & ARIZMENDI T.G. (1986), „Research on Therapist Variables in Psychoterapy", *in*: S.L. GARFIELD & A.E. BERGIN (ed.), 257-310.

BINSWANGER L. (1934), „Über Psychoterapie", *in*: L. BINSWANGER (1947), *Ausgewählte Vorträge und Aufsätze*, vol. 1, Berna: Franke.

BLACKBURN I.M. & COTTRAUX J. (1988), *Thérapie cognitive de la dépression*, Paris: Masson.

BLACKBURN I.M., EUNSON K.M. & BISHOP S. (1986), „A Two-Year Naturalistic Follow-up of Depressed Patients Treated with Cognitive Therapy, Pharmacotherapy and a Combination of Both", *Journal of Affective Disorders*, 10, 67-75.

BLASER A. (1977), *Der Urteilsprozess bei der Indikationsstellung zur Psychotherapie*, Berna: Huber.

BLASER A. (1982), „Worauf achtet der Psychotherapeut bei seinem prospektiven Patienten im Erstinterview?", *Schweizerische Zeitschrift für Psychologie und ihre Anwendungen*, 41, 4, 287-295.

BLÖSCHL L. (1991), „Depressive Störungen: Intervention" *in*: M. PERREZ & U. BAUMANN (ed.) (1991), Berna: Huber, 280-289.

BOISVERT J.-M. & BEAUDRY M. (1979), *S'affirmer et communiquer*, Montréal: Éd. de l'Homme.

BOOTZIN R.R. (1972), „Stimulus Control Treatment for Insomnia", Acta, al LXXX-lea Congres anual APA.

BOOTZIN R.R. & NICASSIO P.M. (1978), „Behavioral Treatment for Insomnia", *in*: M. HERSEN, R. EISLER & M. MILLER (ed.), *Progress in Behavior Modification*, New York: Academic Press, 6, 1-45.

BORBELY A. (1986), „Benzodiazepinhypnotika: Wirkungen und Nachwirkungen von Einzeldosen". *in*: H. HIPPIUS, R.R. ENGEL & G. LAKKMANN (ed.), *Benzodiazepine: Rückblick und Ausblick*, Berlin: Springer.

BORKOVEC T.D., MATHEWS A.M., CHAMBERS A., EBRAHIMI S., LYTLE R. & NELSON R. (1987), „The Effects of Relaxation Training with Cognitive or Nondirective Therapy and the Role of Relaxation-Induced Anxiety in the Treatment of Generalized Anxiety", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 6, 883-888.

BOSZORMENYI-NAGHY Y. & FRAMO J. (1980), *Psychotérapies familiales*, Paris: PUF.

BREGER L. & MC GAUGH J.L. (1965), „Critique and Reformulation of «Learning Theory» Approaches to Psychoterapy and Neurosis", *Psychological Bulletin*, 63, 338-358.

BREWIN C.R. (1985), „Depression and Causal Attribution: What is Their Relation?", *Psychological Bulletin*, 98, 297-309.

BUCKLEY P., KARASU T.B. & CHARLES E. (1981), „Psychotherapists View Their Personal Therapy", *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 18, 299-305.

BUDDEBERG C. (1983), *Sexualberatung*, Stuttgart: Enke.

BUDMAN S.H. & GURMAN A.S. (1988), *Theory and Practice of Brief Therapy*, New York: Guilford Press.

BUNGE M. (1967), *Scientific Research*, vol. I/II. Berlin: Springer.

BUNGE M. (1976), „The Philosophical Richness of Technology", *in*: F. SUPPE & P.D. ASQUITH (ed.), *PSA*, 1976, vol. 2, East Lansing: Philosophy of Science Association, 153-172.

BUNGE M. (1983), *Treatise on Basic Philosophy*, vol. 6: *Epistemology and Methodology*, II: *Understanding the World*, Dordrecht: D. Reidel Publishing Company.

BUTLER G., CULINGTON A., MUNBY M., AMIES P. & GELDER M. (1984), „Exposure and Anxiety Management in the Treatment of Social Phobia", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 642-650.

BUTLER G., CULLINGTON A., HIBBERT G., KLIMES I. & GELDER M. (1987), „Anxiety Management for Persistent Generalized Anxiety", *British Journal of Psychiatry*, 151, 535-542.

CAINE T.M., WIJESINGHE O.B.A. & WINTER D.A. (1981), *Personal Styles in Neurosis*, Londra: Routledge & Kegan Paul.

CAPLAN G. (1964), *Principles of Preventive Psychiatry*, New York: Basic Books.

CARR A. (1974), „Compulsive Neurosis: a Review of the Literature", *Psychological Bulletin*, 81, 311-318.

CLARK D.M. & SALKOVSKIS P.M. (1987), „A Cognitive-Behavioral Treatment for Panic Attacks", *in*: W. HUBER (ed.) (1987b).

CLARK D.M., SALKOVSKIS P.M., GELDER M., KOEHLER K., MARTIN M., ANASTASIADES P., HACKMAN A., MIDDLETON H. & JEAVONNE A. (1988), „Test of a Cognitive Theory of Panic", *in*: I. HAND & H.U. WITTCHEN (ed.), *Panic and Phobias* 2, Berlin: Springer.

CLARKIN J.F., HAAS G.L. & GLICK I.D. (1988), *Affective disorders and the family. Assessment and treatment*, New York, Londra: Guilford Press.

COLEMAN R.M. (983), „Diagnosis, Treatment, and Follow-up of about 8 000 Sleep/Wake Disorder Patients", *in*: C. GUILLEMINAULT & E. LUGARESI (ed.), *Sleep/Wake Disorders: Natural History, Epidemiology, and Long-Term Evolution*, New York: Raven Press.

CONTE H.R., PLUTCHIK R., WILD K.V. & KARASU T.B. (1986), „Combined Psychoterapy and Pharmacotherapy for Depression", *Archives of General Psychiatry*, 43, 471-479.

COTTRAUX J. (1989), *Obsessions et compulsions. Nouvelles approches théoriques et thérapeutiques*, Paris: PUF.

COTTRAUX J. (1990), *Les Thérapies comportementales et cognitives*, Paris: Masson.

CROSS D.G., SHEEHAN P.W. & KAHN J.A. (1982), „Short- and Long-Term Follow-up of Clients Receiving Insight Oriented Therapy and Behavior Therapy", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 103-112.

DALDRUP R.J., BEUTLER L.E., ENGLE D. & GREENBERG L.S. (1989), *Focused Expressive Psychotherapy. Freeign the Overcontrolled Patient*, New York: Guilford Press.

DAUWALDER J.-P. (1993), „La psychologie de la santé; la psychologie communautaire", *in*: W. HUBER, *L'Homme psychopathologique et la psychologie clinique*, Paris: PUF. 207-227; 275-297.

DE RUBEIS R., HOLLON S., EVANS M. & BEMIS K. (1982), „Can Psychotherapies for Depression be Discriminated? A Systematic Investigation of Cognitive Therapy and Interpersonal Therapy", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50. 744-756.

DEGKWITZ R., HELMCHEN H., KOCKOTT G. & MOMBOUR W. (ed.) (1980), *Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten*. Deutsche Ausgabe der internationalen Klassifikation der WHO (ICD), 9. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

Deutsches Arzteblatt (1993, 90, caiet 10).

Deutscher Bundestag (1975a), *Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung*. Bonn: Drucksache 7/4200.

DILLING H., MOMBOUR W. & SCHMIDT M.H. (ed.) (1991), *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinischdiagnostiche Leitlinien*, Berna, Göttingen, Toronto: Huber.

DI LORETO A.O. (1971), *Comparative psychoterapy*, Chicago: Aldine.

DI MASCIO A., WEISSMAN M.M., PRUSOFF B.A., NEU C., ZWILLING M. & KLERMAN G.L. (1979), „Differential Symptom Reduction by Drugs and Psychotherapy in Acute Depression", *Archives of General Psychiatry*, 36, 1450-1456.

DOCHERTY J.P. (1984), „Implications of the Tehnological Model of Psychotherapy", *in*: J.B.W. WILLIAMS & R.L. SPITZER (ed.), *Psychoterapy Research. Where are we and where should we go?*, New York: Guilford Press.

DOLLARD J. & MILLER N.E. (1950), *Personality and Psychotherapy*, New York: McGraw-Hill.

DÖRING G., BAUER S., FRANK P., FREUNDL G. & SOTTONG U. (1986), „Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage zum Familienplanungsverhalten in der Bundesrepublik Deutschland 1985", *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 46, 892-897.

DSM-III-R (1987), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, a 3-a ed. revăzută, Washington: The American Psychiatric Association. Trad. fr. (1989), *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris: Masson.

DUSS V., WERDT J. & FUCHS A. (ed.) (1980), *Scheidung in der Schweiz*. Berna, Stuttgard: Haupt.

DUYCKAERTS F. (1964), *La Formation du lien sexuel*, Bruxelles: Dessart.

EBBINGHAUS H. (1885), *Uber das Gedachtnis*, Leipzig: Duncker und Humblot.

EHLERS A., MARGRAF J & ROTH W.T. (1986), „Panik und Angst: Theorie und Forschung zu einer neuen Klassifikation der Angststörungen", *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 15, 281-302.

EHLERS A., MARGRAF J. & ROTH W.T. (1988), „Selective Information Processing, Interception and Panic Attacks", *in*: I. HAND & H.U. WITTCHEN (ed.), *Panic and Phobias 2*, Berlin: Springer.

EICHER W. (1984), „Geminderte Erlebnisfähigkeit", *Sexualmedizin 11*, 576-579.

EISENBERG L. (1977), „Psychiatry and Society: a Sociologic Syntesis", *New England Journal of Medicine*, 296, 16, 903-910.

ELKIN I., PARLOFF M.B., HADLEY S.W. & AUTRY J.H. (1985), „The NIMHTreatment of Depression Collaborative Research Program: Background and Research Plan", *Archives of General Psychiatry*, 42, 305-316.

ELKIN I., SHEA M.I., WATKINS J.T., IMBER S.D., SOTSKY S.M., COLLINS J.F., GLASS D.A., PILKONIS P.A., LEBER W.R., DOCHERTY J.P., FEISTER S.J. & PARLOFF M.B. (1989), „NIMH. Treatment of Depression Colaborative Research Program. General Effectiveness of Treatments", *Archives.of General Psychiatry*, 46, 971-982.

ELLIOT R., HILL C.E., STILES W.B., FRIEDLANDER M.L., MAHRER A.R. & MARGISON F.R. (1987), „Primary Therapist Response Modes: the Example of Aggresion", *in*: P. Pliner, L. Krames & T. Alloway (ed.), *Nonverbal Communication of Aggresion*, New York: Plenum, 53-76.

EMMELKAMP P.M.G. (1986), „Behavior Therapy with Adults", *in*: S.L. Garfield & A.E. Bergin (ed.), 385-442.

ENGEL G.L. (1977), „The Need for a New Medical Model: a Challenge for Biomedicine", *Science*, 196, 129-136.

ENGEL-SITTENFELD P., ENGEL R.R., HUBER H.P. & ZANGL K. (1980), „Wirkmechanismen psychologischer Therapieverfahren bei der Behandlung chronischer Schlafstörungen", *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 9, 34-52.

ERNST C. & VON LUCKNER N. (1985), „Stellt die Frühkindheit die Weichen?", *Eine Kritik an der Lehre von der schicksalshaften Bedeutung erster Erlebnisse*, Stuttgart: Enke.

ERNST K., KIND H. & ROTACH-FUCHS (1968), „*Ergebnisse der Verlaufsforschung bei Neurosen*, Berlin: Springer.

EVERAERD W. & DEKKER J. (1985), „Treatment of Male Sexual Dysfunctions: Sexual Therapy Compared with Systematic Desensitization and Rational Emotive Therapy", *Behavior Research and Therapy*, 23, 13-25.

EYSENCK H.J. (1952), „The Effects of Psychoterapy: an Evaluation", *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.

EYSENCK H.J. (1959), „Learning Theory and Behaviour Therapy", *Journal of Mental Science*, 105, 61-75.

EYSENCK H.J. (1961), „The Effects of Psychotherapy", *in*: H.J. EYSENCK (ed.), *Handbook of Abnormal Psychology*, New York: Basis Books, 697-725.

EYSENCK H.J. (1978), „An Exercise in Mega-silliness", *American Psychologist*, 33, 517.

EYSENCK H.J. & WILSON G.C. (1973), *The Experimental Study of Freudian Theories*, Londra: Methuen.

FAHRNER E.M. & KOCKOTT G. (1990), „Funktionelle Sexualstörungen", *in:* H. REINECKER (ed.), 320-338.

FALLONN I.R.H., LLYOD G.G. & HARPIN R.E. (1981), „The Treatment of Social Phobia: Real-life Rehearsal with Nonprofessional Therapists". *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, 180-184.

FOA E.B. & KOZAK M.J. (1985), „Treatment of Anxiety Disorders: Implications for Psychopathology", *in*: A.H. TUMA & J.D. MASER (ed.), *Anxiety and the Anxiety Disorders*, Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

FONTAINE O., COTTRAUX J. & LADOUCEUR R. (1984), *Cliniques de thérapies comportementales*, Liege: Mardaga.

FRANKL V.E. (1960), „Paradoxical Intention: a Logotherapeutic Technique", *American Journal of Psychoterapy*, 14, 520-535.

FRENKEN J. & VAN TOL P. (1987), „Sexual Problems in Gynaecological

Practice", *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 6, 143-155.

FREUD S. (1895), *Über die Berechtigung von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als „Angst-Neurose" abzutrennen, G.W.* I., Londra: Imago, 1952. Trad. fr. (1989): *Du bien-fondé a séparer de la neurasthenie un complexe de symptomes déterminé, en tant que „névrose d'angoisse", in:* Oeuvres completes, *Psychanalyse*, tome III, 1894-1899, Paris: PUF.

FREUD S. (1905), *Uber Psychoterapie, G.W.* V., Londra: Imago, 1942. Trad. fr. (1953): „De la psychothérapie", in: *La Technique psychanalytique*, Paris: PUF.

FREUD S. (1913), *Zur Einleitung der Behandlung, G.W.* VIII, Londra: Imago, 1943. Trad. fr. (1953): „Le début du traitement", in: *La Technique psychanalytique*, Paris: PUF.

FREUD S. (1918), *Aus der Geschichte einer infantilen Neurose. G.W.* XII, Londra: Imago, 1947. Trad. fr. (1954): „L'histoire d'une névrose infantile", in: *Cinq psychanalyses*, Paris: PUF.

FREUD S. (1932), *Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, G.W.* XV, Londra: Imago, 1940. Trad. fr. (1936): *Nouvelles conférences sur la psychanalyse*, Paris: Gallimard.

GARFIELD S.L. (1980), *Psychotherapy: an Eccletic Approach*, New York: Wiley-Interscience.

GARFILED S.L. (1986), „Research on Client Variables in Psychotherapy", *in*: S.L. GARFIELD & A.E. BERGIN (ed.) 213-256.

GARFIELD S.L. & BERGIN E. (ed.) (1978), *Handbook of Psychoterapy and Behavior Change* (a 2-a ed.), New York: Wiley (a 3-a ed., 1986).

GASTON L., MARMAR C.R., THOMPSON L.W. & GALLAGHER D. (1988), „Relation of Patient Pretreatment Characteristics to the Therapeutic Alliance in Diverse Psychotherapies", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 483-489.

GELDER M.G., BANCROFT J.H., GATH D.H., JOHNSTON D.W., MATHEWS A.M. & SHAW P.M. (1973), „Specific and Non-Specific Factors in Behavior Therapy", *British Journal of Psychiatry*, 123, 445-462.

GERIN P. (1984), *L'Évaluation des psychothérapies*, Paris: PUF.

GERIN P. & DAZORD A. (1992) (ed.), *Recherches cliniques „planifiées" sur les psychothérapies. Méthodologie*, Paris: Inserm.

GERIN P., DAZOD A. & SALI A. (1991), *Psychothérapies et changements, méthodologie de leur évaluation*, Paris: PUF.

GITTELMAN-KLEIN R. & KLEIN D.F. (1971), „Controlled Imipramine Treatment of School Phobia", *Archives of General Psychiatry*, 25, 204-207.

GLOVER E. (1955), *The Technique of Psychoanalysis*, Londra: Bailliere, Tindall and Cox.

GOLDBERG D.P., COOPER B., EASTWOOD M.R., KEDWARD H.B. & SHEPHERD M. (1970), „A Standardized Psychiatric Interview for Use in Community Surveys", *British Journal of Preventive Social Medicine*, 24, 18-23.

GOLDEN J.S., PRICE S., HEINRICH A.G. & LOBITZ W.C. (1978), „Group versus Couple Treatment of Sexual Dysfunctions", *Archives of Sexual Behavior*, 7, 593-602.

GOLDFRIED M.R. (ed.) (1982), *Converging Themes in Psychotherapy. Trends in Psychodynamic, Humanistic, and Behavioral Practice*, New York: Springer.

GORMAN J.M., LIEBOWITZ M.R., FYER A.J., CAMPEAS R. & KLEIN D.F. (1985), „Treatment of Social Phobia with Atenolol", *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 5, 298-301.

GRAWE K. (1976), *Differentielle Psychotherapie I. Indikation und spezifische Wirkung von Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie. Eine Untersuchung an phobischen Patienten*, Berna: Huber.

GRAWE şi *al.* (1981), *Beurteilungsbogen zur Analyse von kontrollierten Psychotherapiestudien*, Berna: Universitat, Psychologisches Institut.

GRAWE K., BERNAUER F. & DONATI R. (1990), „Psychotherapien im Vergleich. Haben wirklich alle einen Preis verdient?", *Zeitschrift für Psychoterapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 40, 102-114.

GRAWE K., CASPAR F. & AMBÜLH H. (1990), „Die Berner Therapievergleichsstudie: Wirkungsvergleich und differentielle Indikation", *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, XIX, 4, 338-361.

GRÜNBAUM A. (1979), „Epistemological Liabilities of the Clinical Appraisal of Psychoanalytic Theory", *Psychoanalysis and Contemporany Thought*, 2, 451-526.

GRÜNBAUM A. (1984), *The Foundations of Psychoanalysis. A Philosophical Critique*, Berkeley: University of California Press.

GUELFI J.D., BOYER P., CONSOLI S. & OLIVIER-MARTIN R. (1987), *Psychiatrie*, Paris: PUF.

GURMAN A.S., KNISKERN D.P. & PINSOF W.M. (1986), „Research on Marital and Family Therapies" *in*: S.L. GARFIELD & A.E. BERGIN (ed.), 565-624.

HÄFNER H. & WEYERER S. (1990), „Epidemiologie", *in*: U. BAUMANN & M. PERREZ (ed.), 38-49.

HAHLWEG K. & MARKMAN H.J. (1988), „Effectiveness of Behavioral Marital Therapy: Empirical Status of Behavioral Techniques in Preventing and Alleviating Marital Distress", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 440-447.

HAHLWEG K. (1986), *Partnerschaftliche Interaktion. Empirische Untersuchungen zur Analyse und Modifikation von Beziehungsstörungen*, München: Röttger.

HAHLWEG K. (1990), „Beziehungs- und Interaktionsstörungen", *in:* H. REINECKER (ed.), 295-319.

HAHLWEG K., KRAEMER M., SCHINDLER L. & REVENSTORF (1980), „Partnerschaftsprobleme: Eine empirische Analyse", *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 9, 159-169.

HAHLWEG K., REVENSTORF D. & SCHINDLER L. (1984), „Effects of Behavioral Marital Therapy on Couple's Communications and Problemsolving Skills", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 553-566.

HAHLWEG K., SCHINDLER L. & REVENSTORF D. (1982), *Partnerschaftsprobleme: Diagnose und Therapie. Handbuch für den Therapeuten*, Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

HALEY J. (1979), *Nouvelles stratégies en thérapie familiale*, Paris: Delarge.

HAND I. (1989), „Verhaltenstherapie bei schweren Phobien und Panik - psychologische und medizinische Aspeckte", *in*: I. HAND & H.U. WITTCHEN (ed.), *Verhaltenstherapie in der Medizin*, Berlin: Springer.

HAND I. (1990a), „Verhaltenstherapie bei Angsterkrankungen", *in:* H. MÖLLER (ed.), *Therapie Psychiatrischer Erkrankugen*, Stuttgart: Enke.

HAND I. (1990b), „Neurosen: Intervention", *in:* M. PERREZ & U. BAUMANN (ed.) (1991), 260-279.

HAND I. & WITTCHEN H.U. (ed.) (1988), *Treatmens of Panic and Phobias*, Berlin: Springer.

HAUTZINGER M. & DE JONG-MEYER R. (1990), „Depressionen", *in*: H. REINECKEER (ed.), 126-165.

HEEKERENS H.P. (1992), „Zur Zukunst der Kinder - und Jugentlichen - Psychotherapie", *Report Psychologie*, 4, 8-18.

HEIMBERG R.G. & BARLOW D.H. (1988), „Psyhosocial Treatments for Social Phobia", *Psychosomatics*, 29, 27-37.

HEIMBERG R.G., DODGE C.S., KENNEDY C.R., HOPE D.A., ZOLLO L. & BECKER R.E. (1988), „Im Druck: Cognitive Behavioral Treatment of Social Phobia: Comparison to a Credible Placebo Control", *Cognitive Therapy and Research.*

HEINER.W. & TROSMAN H. (1960), „Initial Expectations of the Doctor-Patient Interaction as a Factor in Continuance in Psychotherapy", *Psychiatry*, 23, 275-278.

HEINE R.W. (ed.) (1962), *The Student Physician as Psychotherapist*, Chicago: The University of Chigaco Press.

HERSEN M. & BARLOW D.H. (1976), *Single Case Experimental Designs: Strategies for Studying Behavior Change*, New York: Pergamon.

HOCH Z., SAFIR M.P., PERES Y. & SHEPHER J. (1981), „An Evaluation of Sexual Performance - Comparison betwen Sexually Dysfunctional and Functional Couples", *Journal of Sex & Marital Therapy*, 7, 195-206.

HOFFMANN N. (1990), *Verhaltenstherapie und kognitive Verfahren. Was sie kann, wie sie wirkt und wem sie hilft*, Mannheim: PAL.

HOFFMANN S.O. (1989), „Die Beziehung von Arzt und Patient aus der Sicht eines Psychotherapeuten" *in*: G.M. BORSI (ed.), *Die Würde des Menschen im psychiatrischen Alltag*, Göttingen: Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, 111-122.

HOHENBERGER E. & SCHINDLER L. (1984), „Ein verhaltenstherapeutisches Programm zur Behandlung von Schlafstörungen", *in:* J.C. BRENGELMANN & G. BUHRINGER (ed.), *Therapieforschung in der Praxis*, München: Röttger.

HOLLINGSHEAD A.B. & REDLICH F.C. (1958), *Social Class and Mental Illness. a Community Study*, New York: Wiley.

HOLLON S.D. & BECK A.T. (1986), „Cognitive and Cognitive-Behavioral Interventions", *in:* S.L. GARFIELD & A.E. BERGIN (ed.), 443-482.

HOMANS G.L. (1961), *Social Behavior: its Elementary Forms*, New York: Harcourt Brace (dt.: *Elementarformen sozialen Verhaltens*, Köln: Westdeutscher Verlag, 1968).

HOROWITZ M., MARMAR C., KRUPNIK J., WILNER N., KALTREIDER N. & WALLERSTEIN R. (1984), *Personality Styles and Brief Psychotherapy*, New York: Basic Books, Inc.

HOWARD K.I., KOPTA S.M., LEBOW J.L. & ORLINSKY D.E. (1986, iun.), „Pattern of Symptomatic Change in Psychotherapy", Acta, Colocviul anual al Society for Psychotherapy Research, Aspen, CO.

HUBER W. (1976): Thérapie du comportement et thérapie du couple", *Acta Psychiatrica Belgica*, 76, 919-930.

HUBER W. (1977), *Introduction a la psychologie de la personnalité*, Bruxelles: Dessart et Mardaga.

HUBER W. (1987a), *La Psychologie clinique aujourd'hui*, Bruxelles: Mardaga.

HUBER W. (1987b), *Progress in Psychotherapy Research*, Selected papers from the 2nd European Conference on Psychotherapy Research, Louvain la-Neuve, sept. 1985: Presses Universitaires de Louvain.

HUBER W. (1992), *Probleme Angste Depressionen. Beratung und Therapie bei psychischen Störungen*, Berna, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.

HUBER W. (1993), *L'Homme psychopatologique et la psychologie clinique*, Paris: PUF.

HUNT M. (1974), Sexual Behavior in the 1970's, Chicago: Playboy Press.

IONESCU S. *(1991), Quatorze approches de la psychopathologie*, Paris: Nathan.

JACOBSON N.S. & MARGOLIN G. (1979), *Marital Therapy: Strategies Based on Social Learning and Behavioral Exchange Principles*, New York: Brunner/Mazel.

JACOBSON N.S. (1987), „Ehetherapie und die kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung der Depression", *in:* K. Hahlweg & J.C. Brengelmann (ed.), *Neuere Entwicklungen des Verhaltenstherapie bei Kindern, Ehepaaren und Familien*, Therapieforschung für die Praxis, München: Röttger; 7, 111-124.

JACOBSON N.S. , FOLLETTE W.C., REVENSTORF D., BAUCOM D.H., HAHLWEG K. & MARGOLIN G. (1984), „Variability in Outcome and Clinical Significance of Behavioral Marital Therapy: a Reanalysis of Outcome Data", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 497-504.

JASPERS K. (1948), *Allgemeine Psychopathologie*, a 5-a ed., Berlin, Heidelberg: Springer.

KÄCHELE H., cu colaborarea lui R. SCHORS (1981), „Ansätze und Ergebnisse psychoanalytischer Therapieforschung" *in:* U. BAUMANN, H. BERBALK & G. SEIDENSTÜCKER (ed.), *Klinische Psychologie, Trends in Forschung und Praxis*, Berna, Stuttgart, Viena: Huber, 4, 209-259.

KAHN R.J., MCNAIR D.M., LIPMAN R.S., COVI L., RICKELS K., DOWNING R., FISCHER S., & FRANKENTHALER L.M. (1986), „Imipramine and Chlordiazepoxide in Depressive and Anxiety Disorders", *Archives of General Psychiatry*, 43, 79-85.

KANFER F.H. (1970), „Self-Regulation: Research, Issues and Speculations", *in:* C. NEURINGER & J.L. MICHAEL (ed.), *Behavior Modifications in Clinical Psychology*, New York: Appleton-Century-Crofts.

KANFER F.H. (1971), „The Maintenance of Behavior by Self-Generated Stimuli and Reinforcement", *in:* A. JACOBS & L.B. SACHS (ed.), *The Psychology of Private Events: Perspective on Covert Response Systems*, New York: Academic Press.

KANFER F.H. & HAGERMANS S. (1981), „The Role of Self-Regulation", *in:* L.P. REHM (ed.), *Behavior Therapy for Depression: Present Status and Future Directions*, New York: Academic Press.

KAPLAN H.S. (1974), *The New Sex Therapy*, New York: Brunner/Mazel.

KAPLAN H.S. (1979), *Disorders of Sexual Desire and Other New Concepts and Tehniques in Sex Therapy*, New York: Brunner/Mazel.

KAPLAN H.S. (1981), *The New Sex Therapy: Active Treatment of Sexual Dysfunctions*, New York: Brunner/Mazel.

KARASU T.B. (1977), „Psychoterapies: an Overview", *American Journal of Psychiatry*, 134, 851-863.

KAZDIN A.E. & WILSON G.T. (1978), *Evaluation of Behavior Therapy: Issues, Evidence, and Research Strategies*, Cambridge, Mass.: Ballinger Publishing Company.

KAZDIN A.E. (1979), „Fictions, Factions, and Functions of Behavior Therapy", *Behavior Therapy*, 10, 692-654.

KERNBERG O., SELTZER M, KOENIGSBERG H., CARR A. & APPELBAUM A. (1989), *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients*, New York: Basic Books.

KERNBERG O.F., BURNSTEIN E.D., COYNE L., APPELBAUM A., HOROWITZ L. & VOTH H. (1972), „Psychotherapy and Psychoanalysis", Final report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 36, 1-275.

KIESLER D.J. (1969), „A Grid Model for Theory and Research in Psychoterapies", *in:* L.D. ERON & R. CALLHAN (ed.), *The Relation of Theory to Practice in Psychoterapy*, Chicago: Aldine Publ. Comp.

KLEIN D.F. & FINK M. (1962), „Psyhiatric Reaction Patterns to Imipramine", *American Journal of Psychiatry*, 119, 438.

KLERMAN G.L. & WEISSMAN M.M. (1982), „Interpersonal Psychotherapy: Theory and Research" *in*: A.J. RUSH (ed.), *Short-Term Psychotherapies for Depression*, New York: Guilford Press.

KLERMAN G.L., WEISSMAN M., ROUNSAVILLE B. & CHEVRON E. (1984), *Interpersonal Psychoterapy of Depression*, New York: Basic Books.

KOVACS M., RUSH A.J., BECK A.T. & HOLLON S.D. (1981), „Depressed Outpatiens Treated with Cognitive Therapy or Pharmacotherapy: a One-Year Foolow-up", *Archives of General Psychiatry*, 38, 33-39.

KOVEL J. (1984), *Kritischer Leitfaden der Psychotherapie*, Frankfurt, New York: Campus Verlag.

KRAIKER C. & PETER B. (1983), *Psychotherapieführer. Wege zur seelischen Gesundheit*, München: Verlag C.H. Beck.

KUHN R. (1977), *in*: L.J. PONGRATZ (ed.): *Psychiatrie in Selbstdarstellungen*, Berna: Huber, 219-257.

LADOUCEUR R., BOUCHARD M.A. & GRANGER L. (1989), *Principes et applications des thérapies behaviorales*, Paris: Maloine.

LADRIERE J. (1977), *Les Enjeux de la rationalité. Le défi de la science et de la technologie aux cultures*, Paris: Aubier-Montaigne/Unesco.

LAGACHE D. (1949), *L'Unité de la psychologie. Psychologie expérimentale et psychologie clinique*, Paris: PUF.

LANGNER T.S. & MICHAEL S.T. (1963), *Life Stress and Mental Health*, New York: Free Press of Glencoe.

LAZARUS A.A. (1963), „The Treatment of Chronic Frigidity by Systematic Desensitization", *Journal of Nervous & Mental Disease*, 136, 272-278.

LAZARUS A.A. (1971), *Behavior Therapy and Beyond*, New York: McGraw-Hill.

LAZARUS A.A. (1976), *Multi-Modal Behavior Therapy*, New York: Springer.

LEDERER W.J. & JACKSON D.D. (1972), *Ehe als Lernprozess.* Wie Partnerschaft gelingt, München: Pfeiffer.

LEWINSOHN P.M. (1974), „A Behavioral Approach to Depression" *in:* R.J. FRIEDMAN & M.M. KATZ (ed.), *The Psychology of Depression*, New York: Wiley.

LIEBOWITZ M.R., FYER A.J., GORMAN J.M., CAMPEAS R. & LEVIN A. P. (1986), „Phenelzine in Social Phobia", *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 6, 93-98.

LIEBOWITZ M.R., GORMAN J.M., FYER A.J., CAMPEAS R., LEVIN A.P., SANDBERG D., HOLLANDER E., PAPP L. & GOETZ D. (1988), „Pharmacotherapy of Social Phobia: a Placebo Controlled Comparison of Phenelzine and Atenolol", *Journal of Clinical Psychiatry*, 49, 252-257.

LIEBOWITZ M.R., QUINTIN F.M., STEWART J.W., MC GRATH P.J., HARRISON W., RABKIN J., TRICAMO E., MARKOWITZ J.S. & KLEIN D.K. (1984b), „Phenelzine versus Imipramine in Atypical Depression: a Preliminary Report", *Archives of General Psychiatry*, 41, 669-677.

LIETAER G., ROMBAUTS J., VAN BALEN R. (ed.) (1989), *Client-centered and Experiential Psychotherapy towards the Nineties*, Leuven.

LINEHAN M.M. (1987). „Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder: Theory and Method", *Bulletin of the Menninger Clinic*, 51, 261-276.

LINEHAN M.M. (1990), *Dialectial Behavior Therapy Outline*, Seattle: Department of Psychology, University of Washington.

LITTMANN S.K. & ARNOT P. (1987), „Sexual Dysfunctions: a Survey of Toronto Health Professionals", *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 12, 35-40.

LO PICCOLO J. & LOBITZ W. Ch. (1972), „The Role of Masturbation in the Treatment of Orgasmic Dysfunction", *Archives of Sexual Behavior*, 2, 163-171.

LO PICCOLO J., HEIMAN J.R., HOGAN D.R. & ROBERTS C.W. (1985), „Effectiveness of Single Therapists versus Cotherapy Teams in Sexual Therapy", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 287-294.

LOCH W. (1977), „Somme Comments on the Subject of Psychoanalysis and Truth", *in*: J. SMITH (ed.), *Thought, Consciousness and Reality*, New Haven, Conn.: Yale University Press.

LOHMANN J. (1980), „Ziele und Strategien psychotherapeutischer Verfahren", *in :* W. WITTLING (ed.), vol. 2., 15-46.

LONDON P. (1972), „The End of Ideology in Behavior Modification", *American Psychologist*, 27, 913-920.

LÔO H. (1990), „Thérapeutique de choc", *in*: P. DENIKER, TH. LEMPÉRIERE & J. GUYOTAT (sub direcţia), *Precis de psychiatrie clinique de l'adulte*, Paris: Masson.

LUBORSKY L. & SPENCE D.P. (1978), „Quantitative Research on Psychoanalytic Therapy", *in*: S.L. GARFIELD & A.E. BERGIN (ed.), 331-368.

LUBORSKY L. (1984), *Principles of Psychoanalytic Psychoterapy. A Manual for Supportive-Expressive Treatment*, New York: Basic Books.

LUBORSKY L., WOODY G., MCLELLAN A.T. & O'BRIAN C.P. (1982), „Can Independent Judges Recognize Different Psychotherapies? An Experience with Manual-Guided Therapies", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 49-62.

LUBORSKY L., MCLELLAN A.T., WOODY G.E., O'BRIAN C.P. & AUERBACH A. (1985), „Therapist Success and its Determinants", *Archives of General Psychiatry*, 42, 602-611.

LUBORSKY L., SINGER B. & LUBORSKY L. (1975), „Comparative Studies of Psychotherapies. Is it True that «Everyone Has Won and All Must Have Prices?»", *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.

LYDIARD R.B., LARAIA M.T., HOWELL E.F. & BALLENGER J.C. (1988), „Alprazolam in the Treatment of Social Phobia", *Journal of Clinical Psychiatry*, 49, 17-19.

MALAN D.H. (963), *Study of Brief Psychotherapy*, Londra: Tavistock Publications.

MALAN D.H. (1973a),:The Outcome Problem in Psychotherapy Research. A Historical Review", *Archives of General Psychiatry*, 29, 719-729.

MALAN D.H. (1976), *The Frontier of Brief Psychotherapy*, New York: Plenum.

MALAN D.H. (1979), *Individual Psychotherapy and the Science of Psychodynamics*, Londra: Butterworth. Trad. fr. (1981), *Psychodynamique et psychotérapie individuelle. Une perspective scientifique*, Bruxelles: Mardaga.

MANDEL A., MANDEL K.H., STADTER E. & ZIMMER D. (1971), *Einübung in Partnerschaft durch Kommunikationstherapie und Verhaltenstherapie*, München: Pfeiffer.

MARGRAF J. & EHLERS A. (1988), „Panic Attacks in Nonclinical Subjects", *in:* HAND & H.U. WITTCHEN (ed.).

MARGRAF J. & SCHNEIDER S. (1989), *Panik. Angstanfalle und ihre Behandlung*, Berlin: Springer.

MARGRAF J., EHLERS A. & ROTH W.T. (1986), „Biological Models of Panic Disorder and Agoraphobia - a Review", *Behavior Research and Therapy*, 24, 553-567.

MARKS I.M., GREY S., COHEN S.D., HILL R., MAWSON D., RAMM E.M. & STERN R.S. (1983), „Imipramine and Brief Therapist-Aided Exposure in Agoraphobics Having Self Exposure Homework: a Controlled Trial", *Archives of General Psychiatry*, 40, 153-162.

MARKS I.M. (1976), „The Current Status of Behavioral Psychoterapy: Theory and Practice", *American Journal of Psychiatry*, 133, 253-261.

MASLING J. (1983) (ed.), *Empirical Studies of Psycho-Analytical Theories*, vol. 1, Hillsdale, N.J.: The Analytic Press.

MASTERS W.H. & JOHNSON V.E. (1970), *Human Sexual Inadequacy*, Boston: Litle, Brown.

MATHEWS A., GELDER M. & JOHNSTON D. (1981), *Agoraphobia. Nature and Treatment*, New York: Guilford Press.

MAVISSAKALIAN M. & MICHELSON L. (1986a), „Agoraphobia: Relative and Combined Effectiveness of Therapist-Assisted *in Vivo* Exposure and Imipramine", *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 117-122.

MAVISSAKALIAN M. & MICHELSON L. (1986b), „Two-Year Follow-up of Exposure and Imipramine Treatment of Agoraphobia" *American Journal of Psychiatry*, 143, 1106-1112.

MCCARTHY B.W. (1984), „Strategies and Techniques for the Treatment of Inhibited Sexual Desire", *Journal of Sex & Marital Therapy*, 10, 97-104.

MCFALL M.E. & WOLLERSHEIM J.F. (1979), „Obssesive-compulsive Neurosis: a Cognitive-Behavioral Formulation and Approach to Treatment", *Cognitive Therapy and Research*, 3, 333-348.

MCLEAN P.D. (1976), „Therapeutic Decision-Making in the Behavioral Treatment of Depression" *in*: P.O. DAVIDSON (ed.), *The Behavioral Management of Anxiety, Depression and Pain*, New York: Brunner/Mazel, 54-89.

MCLEAN P.D. & HAKSTIAN A.R. (1979), „Clinical Depression: Comparative Efficacy of Outpatient Treatments", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 818-836.

MELTZOFF J. & KORNREICH M. (1970), *Research in Psychoteraphy*, New York: Atherton Press.

MESSER S.B. & WINOKUR M. (1984), „Some Limits to the Integration of Psychoanalytic and Behavior Therapy", *American Psychologist*, 35, 9, 818-827.

METZNER R. (1963), „Some Experimental Analogues of Obsession", *Behaviour Research and Therapy*, 1, 231-236.

MEYER A.E., BOLZ W., STUHR U. & BURZIG G. (1981), „The Hamburg Short Psychotherapy Comparison Experiment: VI. Outcome Results by Clinical Evaluation Based on the Blind Group Ratings", *Psychotherapy and Psychosomatics*, 35, 199-207.

MEYER A.E., RICHTER R., GRAWE K., GRAF V.D., SCHULENBURG J.-M. & SCHULTE B. (1991). *Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit unter Mitarbeit von Schwendler H.J.*, Universitäts-Krankenhaus Hamburg-Eppendorf.

MINUCHIN S. (1979), *Familles en thérapie*, Paris: Delarge.

MINUCHIN S. & FISHMAN H.C. (1981), *Family therapy techniques*, Cambridge, MA: Harvard University Press.

MOORE B.E. (1969), „Frigidity in Women", *American Psychoanalytic Association Journal*, 9, 571-584.

MOSER U. (1957), *Psychologie der Partnerwahl*, Berna, Stuttgart: Huber.

MOWRER O.A. (1939), „Stimulus-Response Analysis of Anxiety and Its Role as a Reinforcing Agent", *Psychological Review*, 46, 553-565.

MURPHY G.E., SIMIONS A.D., WETZEL R.D. & LUSTMAN P.J. (1984), „Cognitive Therapy and Pharmacotherapy, Singly an Together, in the Treatment of Depression", *Archives of General Psychiatry*, 41, 33-41.

MYERS J.K., WEISSMAN M.M., TISCHLER G.L., HOLZER C.E., LEAF P.J., & STOLTZMAN R. (1984), „Six-Month Prevalence of Psychiatric Disorders in Three Communities", *Archives of General Psychiatry*, 41, 959-967.

NATHAN S.G. (1986), „The Epidemiology of the DSM-III Psychosexual Dysfunctions", *Journal of Sexual and Marital Therapy*, 12, 267-281.

NEALE J.M. & LIEBERT R.M. (1973), *Science and Behavior: an Introduction to Methods of Research*, Englewodd Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

NEUMANN J.V. & MORGENSTERN O. (1947), *Theory of Games and Economic Behavior*, Princeton University Press.

NICHOLSON R.A. & BERMAN J.S. (1983), „Is Follow-up Necessary in Evaluating Psychotherapy?", *Psychological Bulletin*, 93, 261-278.

NORKUS A.G. (1976), „Sex of Therapist as a Variable in Short-Term Therapy with Female College Students", *Dissertation Abstracts International*, 36, 6361B-6362B.

OHMAN A., FREDERIKSON M. & HUGDAHL K. (1978), „Towards an Experimental Model for Simple Phobic Reactions", *Behavioral Analysis and Modification*, 2, 97-114.

ORLINSKY D.E. & HOWARD K.I. (1976), „The Effects of Sex of Therapist on the Therapeutic Experiences of Women", *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 13, 82-88.

ORLINSKY D.E. & HOWARD K.I. (1978), „The Relation of Process to Outcome in Psychotherapy", *in*: S.L. GARFIELS & E. BERGIN (ed.), 283)-329.

ORLINSKY D.E. & HOWARD K.I. (1986), *Proces and Outcome in Psychotherapy. in*: S.L. GARFIELD & E. BERGIN (ed.), 311-384.

PAICHLER G. & PAICHLER M., *L'Homme en société*, Paris: PUF.

PARLOFF M.B., WASKOW I.E. & WOLFE B.E. (1978), „Research on Therapist Variables in Relation to Process and Outcome", *in:* S.L. GARFIELD & E. BERGIN (ed.), 233-282.

PARSONS T. (1967), „Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas", *in*: A. MITSCHERLICH, T. BROCHER, O. VON MERIN & K. HORN (ed.), *Der Kranke in der modernen Gesellschaft*, Köln: Kiepenheuer & Witsch, 57-87.

PATRY J.-L. & PERREZ M. (1982), „Entstehungs, Erklärungs-und Anwendungszusammenhang technologischer Regeln", *in*: J.-L. PATRY (ed.), *Feldforschung. Methoden und Probleme sozialwissenschaftilcher Forschung unter natürlichen Bedingungen*, Berna: Huber, 389-412.

PATTERSON G.R. & RIED J.B. (1970), „Reciprocity and Coercion: Two Facets of Social System" *in:* C. NEURINGER & J.L. MICHAEL (ed.), *Behavior Modification in Clinical Psychology,* New York: Appleton, 133-177.

PAUL G.L. (1966), *Insight vs Desensitization in Psychotherapy,* Standford, Ca.: Standford University Press.

PAUL G.L. (1967), „Strategy of Outcome Research in Psychotherapy", *Journal of Consulting Psychology*, 31, 109-118.

PERREZ M. (1976), „Zum Problem der Relevanzforderungen in der Klinischen Psychologie am Beispiel der Therapieziele" *in:* A. ISELER & M. PERREZ (ed.), *Relevanz in der Psychologie*, München: Reinhard, 139-154.

PERREZ M. & BAUMANN U. (1991), „Systematik der klinisch-psychologischen Intervention: Einleitung", *in*: M. PERREZ & U. BAUMANN (ed.), 21-30.

PERREZ M. & BAUMANN U. (ed.) (1991), *Lehrbuch Klinische Psychologie*, vol. 2: *Intervention*, Berna, Stuttgart, Toronto: Huber.

PERRY S., FRANCES A. & CLARKIN J. (1985), *A DSM-III Casebook of Diferential Therapeutics. A Clinical Guide to Treatment Selection*, New York: Brunner/Mazel.

PERSONS R.W., PERSONS M.K. & NEWMARK I. (1974), „Perceived Helpfull Therapist's Characteristics, Client Improvements, and Sex of Therapist and Client", *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 11, 63-65.

PETER B., KRAIKER C., REVENSTORF D. (ed.) (1991), *Hypnose und Verhaltenstherapie*, Berna, Stuttgart, Toronto: Huber.

PETZOLD H. (1990), *Integrative Bewegungs-und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie*, 2 vol., Paderborn: Junfermann.

PLOG U. (1976), *Differentielle Psychotherapie II*, Berna, Stuttgart, Viena: Huber.

POUDAT F.-X. & JARROUSSE N. (1992), *Traitement comportemental et cognitif des difficultés sexuelles*, Paris: Masson.

Psychologie Heute (1982), septembre.

RACHMAN S.J. (1971), *The Effects of Psychological Therapy*, Londra: Pergamon.

RACHMAN S.J. (1985), „A Note on the Conditioning Theory of Fear Acquisition", *Behavior Therapy*, 15, 426-428.

RACHMAN S.J. & HODGSON R.J. (1980), *Obsessions and Compulsions*, Englewood Cliffs, N.J.: Pretince Hall.

RACHMAN S.J. & WILSON G.T. (1980), *The Effects of Psychological Therapy*, Londra: Pergamon.

RASKIN M., BALI L.R. & PEEKE H.V. (1980), „Muscle Biofeedback and Transcendental Meditation", *Archives of General Psychiatry*, 37, 93-97.

RASKIN A., MARKS J.M. & SHEEHAN D.V. (1983), (The Influence of Depressed Mood of the Antipanic Effects of Antidepressant Drug).

REHM L.P. (1977), „A Self-Control Model of Depression", *Behavior Therapy*, 8, 787-804.

REICH J. & YATES W. (1988), „A Pilot Study of Treatment of Social Phobia with Alprazolam", *American Journal of Psychiatry*, 145, 590-594.

REINECKER H. (ed.) (1990), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Modellè psychischer Störungen*, Göttingen, Toronto, Zürich: Dr. C.J. Hogrefe.

REITER L. (1978), „Krisenintervention" *in*: H. STROTZKA (ed.) 457-470.

REVENSTORF D. (1982/1983/1985), *Psychotherapeutische Verfahren*, vol 1-4, Stuttgart: Kohlhammer.

RICKELS K., WEISMAN K., NORSTAD N., SINGER M., STOLTZ D., BROWN A. & DANTON J. (1982), „Buspirone and Diazepam on Anxiety: a Controlled Study", *Journal of Clinical Psychiatry*, 43, 81-86.

RICOEUR P. (1977), „The Question of Proof in Freud's Psychoanalytic Writings", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 25, 835-871.

ROSENTHAL R. (1966), „Combining Results of Independent Studies", *Psychological Bulletin*, 85, 185-193.

ROSENTHAL R. & RUBIN D.B. (1982), „A Simple, General Purpose Display of Magnitude of Experimental Effect", *Journal of Educational Psychology*, 79, 166-169.

RUBIN R. & BALOW B. (1977), „Perinatal Influence on the Behavior and Learning Problems of Children", *in*: B. LAHEY & A. KAZDIN (ed.), *Advances in Child Psychology*, New York: Plenum Press, vol. 1, 119-160.

RUSH A.J., BECK A.T., KOVACS M. & HOLLON S.D. (1977), „Comparative Efficacy of Cognitive Therapy and Pharmacotherapy in the Treatment of Depressed Outpatiens", *Cognitive Therapy and Research*, 1, 17-37.

SACHSE R. (1992), *Zielorientierte Gesprächspshychotherapie*, Göttingen, Berna, Toronto, Seattle: Hogrefe.

SACHSE R. & MAUS C. (1991), *Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychoterapie*, Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.

SAGER C.J. (1974), „Sexual Dysfunctions and Marital Discord" *in*: H.S. Kaplan, 549-567.

SAINT-DROME O. (1987), *Comment choisir son psychanalyste*, Paris: Le Seuil.

SAMEROFF A. & CHANDLER M. (1975), „Reproductive Risk and the Continuum of Care-Taking Casualty", *Review of Child Development*, 4, 87-244.

SAUER H. & LAUTER H. (1987), „Elektrokrampftherapie", *Nervenarzt*, 58, *201-218.*

SCHÄFER H. & BLOHMKE M. *(1977)*, Herzkrank durch psychosozialen Stress, Heidelberg: Hütig.

SCHEFF J.J. (1966.), *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*, Chicago: Aldine.

SCHEPANK H. (1980/1981), „Instruktion zum Neuroseschwerescore", *in*: A. HEIGL-EVERS & H. SCHEPANK (ed.), *Ursprünge seelisch bedingter Krankheiten*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 473-478.

SCHEPANK H. (1987), *Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung. Eine tiefenpsychologisch-epidemiologische Feldstudie in Mannheim*, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer.

SCHINDLER L., HAHLWEG K. & REVENSTORF D. (1980), *Partnerschaftsprobleme: Möglichkeiten zur Bewältigung. Ein verhaltenstherapeutisches Programm für Paare*, Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

SCHMIDBAUER W. (1972), „Zur Frage der Lehranalyse", *Dynamische Psychiatrie*, 5, 22-34.

SCHNABL S. (1973), *Intimverhalten, Sexualstörungen, Persönlichkeit*, Berlin: VEB Deutscher Verlag des Wissenschaften.

SCHOVER L.R. & LO PICOLLO J. (1982), „Treatment Effectiveness for Dysfunctions of Sexual Desire", *Journal of Sex & Marital Therapy*, 8, 179-197.

SCHOVER L.R., FRIEDMAN J., WEILERS S., HEIMAN J. & LO PICCOLO J. (1982), „Multiaxial Problemoriented System for Sexual Dysfunctions, An Alternative to DSM-III", *Archives of General Psychiatry*, 39, 614-619.

SCHULTZ J.H. (1932), *Das autogene Training*, Stuttgart: Thieme.

SCHUYLER D. (1974), „The Evaluation of the Suicidal Patient", *in*: J.R. NOVELLO (ed.), *Practical Handbook of Psychiatry*, Springfield, Ill: Charles C. Thomas.

SEIDENSTÜCKER G. (1984). Indikation in der Psychotherapie", *in*: L.R.

SCHMIDT (ed.), *Lehrbuch der Klinische Psychologie*, a 2-a ed., Stuttgart: Enke, 443-511.

SELIGMAN M.E.P. (1970), „On the Generality of the Laws of Learning", *Psychological Review*, 77, 406-418.

SELIGMAN M.E.P. (1971), „Phobias and Preparednees, *Behavior Therapy*, 2, 302-320.

SELIGMAN M.E.P. (1974), „Depression and Learned Helplessness", *in*: R.J. FRIEDMAN & M.M. KATZ (ed.), *The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research*, New York: Wiley, 83-113.

SENF W. & V. RAD M. (1990), „Ergebnisforschung in der Psychosomatischen Medizin" *in:* T. VON UEXKÜLL (ed.), *Psychosomatische Medizin.* München, Viena, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 382-399.

SENF W. (1990), „Sind psychoanalytische Behandlungen effektiv?", *in*: U. STREECK & H.V. WERTHMANN (ed.), *Herausforderungen für die Psychoanalyse. Diskurse und Perspektiven*, München: Verlag J. Pfeiffer, 339-358.

SERON X. & VAN DER LINDEN M. (1993), „La neuropsychologie clinique", *in*: W. HUBER (1993), *L'Homme psychopathologique et la psychologie clinique,* Paris: PUF, 165-205.

SHANNON C. & WEAVER W. (1949), *The Mathematical Theory of Communication,* Urbana: University of Illinois Press.

SHAPIRO D.A. & SHAPIRO D. (1982), „Meta-Analysis of Comparative Therapy Outcome Stdies: a Replication and Refinement", *Psychological Bulletin*, 92, 581-604.

SHAW B.F. (1983, iul.), „Training Therapist for the Treatment of Depresion: Collaborative Study", Acta, Colocviul organizat de Society for Psychotherapy Research, Sheffield, England.

SHEEHAN D.V. & SHEEHAN M.S. (1982), „The Classification of Anxiety and Hysterical States", part I: „Historical Review and Empirical Delineation", *Journal of Clinical Psychopathology*, 2, 235-243.

SIEGFRIED J. & GRAWE K. (1985), „The Quality of Psychoterapy-Research - Some Studies Revisted", *in:* W. HUBER (ed.), 1987b.

SIGUSCH V. (ed.) 1975), *Therapie sexueller Störungen*, Stuttgart: Thieme.

(a 2-a ed., 1980).

SIMONS A.D., MURPHY G.E., LEVINE J.E. & WETZEL R.D. (1986), „Cognitive Therapy and Pharmacotherapy for Depression", *Archives of General Psychiatry*, 43, 43-48.

SLOANE R.B., STAPLES F.R., CRISTOL A.H., YORKSTON N.J. & WHIPPLE K. (1975), *Short-Term Analytically-Oriented Psychotherapy vs Behavioral Therapy*, Cambridge, Ma.: Harvard University Press.

SMITH A. (1972), *Supermoney*, New York: Random House.

SMITH M.L. & GLASS G.V. (1977), „Meta-Analysis of Psychotherapy Outcome Studies", *American Psychologist*, 32, 752-760.

SMITH M.L. & GLASS G.V. & MILLER T.I. (1980), *The Benefits of Psychotherapy*, Baltimore: Johns Hopkins University Press.

SPANIER G.B. (1976), „Measuring Dyadic Adjustment: New Scales for Assessing the Quality of Marriage and Similar Dyads", *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28.

SPENCE D.P. (1982), *Narrative Truth and Historical Truth: Meaning and Interpretation in Psychoanalysis*, New York, Londra: W.W. Norton.

SROLE L., LANGNER T.S., MICHAEL S.T., OPLER M.K. & RENNIE T.A. (1962), *Mental Health in the Metropolis: the Midtown Manhattan Study,* New York: McGraw-Hill.

STEINGLASS P. (1978), „The Conceptualization of Marriage from a System-Theory Perspective", *in*: T.J. PAOLINO & B.S. MC CRADY (ed.), *Marriage and Marital Therapy. Psychoanalytic, Behavioral and System Theory Perspectives,* New York: Brunner/Mazel.

STENSTED A. (1969), „Die Genetischen Grundlagen bei Depressionen", *in*: V. SCHULTE & W. MENDE (ed.), *Melancholie in Forschung, Klinik und Behandlung*, Stuttgart: Thieme, 10-16.

STROTZKA H. (1978), „Was ist Psychotherapie?", *in*: H. STRÓTZKA (ed.).

STROTZKA H. (ed.). (1978), *Psychoterapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen*, München: Urban & Schwarzenberg.

STRUPP H.H., SANDELL J.A., WATERHOUSE G.J., O'MALLEY S.S. &

ANDERSON J.L. (1982), „Psychodynamic Therapy: Theory and Research", *in*: A.J. RUSCH (ed.), *Short-Term Psychoterapies for Depression*, Chichester: Wiley, 215-250.

STRUPP H.H. & BINDER J.L. (1984), *Psychoterapy in a New Key. A Guide to Time-Limited Dynamic Psychotherapy*, New York: Basic Books.

STUART R.B. (1969), „Operant-Interpersonal Treatment for Marital Discord", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 675-682.

SULZ S.K.D. (ed.) (1986), *Verständnis und Therapie der Depression*, München: Reinhardt.

SWEENY P.D., ANDERSON K. & BAILEY S. (1986), „Attributional Style in Depression: a Meta-Analytic Review", *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 974-991.

SZASZ T.S. (1960), „The Myth of Mental Illness", *American Psychologist*, 15, 113-118.

THIBAUT J.W. & KELLY H.H. (1959), *The Social Psychology of Groups*, New York: Wiley.

THOMÄ H. & KÄCHELE H. (1987), *Psychoanalytic Practice*, vol. 1: *Principles*, Berlin: Springer.

TRESS W. (1983), *Psychotherapeutische Verläufe: Drei Therapieverfahren phobischer Syndrome im gruppenstatistischen Vergleich*, Stuttgart: Enke.

TRESS W. (1986), *Das Rätsel der seelischen Gesundheit*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

TSCHEULIN D. (1982), „Therapeutenmerkmale in der Psychoterapie", *in:* R. BASTINE şi *al.* (ed.), 411-416.

TSCHEULIN D. (1992), *Wirkfaktoren psychotherapeutischer Intervention*, Göttingen , Toronto, Zürich: Hogrefe.

TURNER R.M. & ASCHER L.M. (1979), „Controlled Comparison of Progressive Relaxation, Stimulus Control, and Paradoxical Intention Therapies for Insomnia", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 500-508.

TYRER P.J. & OWEN R. (1984), „Anxiety in Primary Care: Is Short-Term Drug Treatment Appropriate?", *Journal of Psychiatric Research*, 18, 73-79.

TYRER P.J. (1989), *Classification of Neurosis*, New York: Wiley.
ULLMAN L. & KRASNER L. (1969), *A. Psychological Approach to Abnormal Behavior*, Englewood Cliffs: Prentice Hall.

VAN RILLAER J. (1992), *La Gestion de soi*, Liege: Mardaga.

Verband Bernischer Psychologen (ed.) (1990), *Psychologischer Beratunsgführer. Öffentliche und private Beratungs-und Therapie-Möglischkeiten im Kanton Bern*, Berna: VBP.

VOTH H.M. & ORTH M.H. (1973), *Psychotherapy and the Role of the Environment*, New York: Behavioral Publications.

WACHTEL P.L. (1977), *Psychoanalysis and Behavior Therapy: Toward and Integration*, New York: Basic Books.

WALLERSTEIN R.S. (1986), *Fourty-Two Lives in Treatment: a Study of Psychoanalysis and Psychotherapy*, New York: Guilford Press.

WALLERSTEIN R.S. (1989), „The Psychotherapy Research Project of the Menninger Foundation: an Overview", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 195-205.

WATZLAWICK P., BEAVIN J.H. & JACKSON D.D. (1972), *Une logique de la communication*, Paris: Le Seuil.

WEINER H. (1978), „The Illusion of Simplicity: the Medical Model Revisited", *American Journal of Psychiatry*, 135, 27-33.

WEISSMAN M.M., PRUSOFF B.A., DI MASCIO A., NEU C., GOKLANEY M. & KLERMAN G.L. (1979), „The Efficacy of Drugs and Psychotherapy in the Treatment of Acute Depressive Episodes", *American Journal of Psychiatry*, 136, 555-558.

WEISSMAN M.M., KLERMAN G.L., PRUSOFF B.A., SHOLOMSKAS D. & PADIAN N. (1981), „Depressed Outpatiens: Results One Year after Treatment with Drugs and/or Interpersonal Psychotherapy", *Archives of General Psychiatry*, 38, 51-55.

WENGER V. (1964), „Psychiatrische Betreung", *in:* G. BENEDETTI, *Klinische Psychotherapie*, Berna, Stuttgart: Huber, 249-306.

WESTMEYER H. (1973), *Kritik der psychologischen Unvernunft: Probleme der Psychologie als Wissenschaft*, Stuttgart: Kohlhammer.

WESTMEYER H. (1976), „Grundlagenprobleme psychologischer Diagnostik", *in*: K. PAWLIK (ed.), *Diagnose der Diagnostik. Beiträge zur Diskussion der psychologyschen Diagnostik in der Verhaltensmodifikation*, Stuttgart: Klett.

WESTMEYER H. (1977), „Verhaltenstherapie: Anwendung von Verhaltenstheorien oder kontrollierte Praxis? Möglichkeiten und Probleme einer theoretischen Fundierung der Verhaltenstherapie", *in*: H.

WESTMEYER & N. HOFFMAN (ed.), *Verhaltenstherapie, Grundlegende Texte*, Hamburg: Hoffman & Campe, 187-203.

WESTMEYER H. (1978), „Wissenschaftstheoretische Grundlagen klinischer Psychologie", *in*: U. BAUMANN şi *al.* (ed.), *Klinische Psychologie*, vol. 1, 108-132.

WESTMEYER H. (1979), „Die rationale Rekonstruktion einiger Aspekte psychologischer Praxis", *in*: H. ALBERT & K.H. STAPF (ed.), *Theorie und Erfahrung*, Stuttgart: Klett-Cotta, © J.C. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, 139-161.

WIENER N. (1948), *Cybernetics*, New York: Wiley.

WILLI J. (1975), *Die Zweierbeziehung: Spannungsursachen, Storungsmuster, Klärungsprozesse, Lösungsmodelle*, Reinbek: Rohwolt. Trad. fr. (1982): *La Relation de couple. Le concept de collusion*, Neuchâtel: Delachaus & Niestle.

WILLI J. (1976), „Die psychosomatische Kollusion am Beispiel einer herzneurotischen Ehe", *Familiendynamik*, 1, 319-333.

WILLI J. (1978), *Therapie der Zweierbeziehung*, Reinbek: Rohwolt.

WILLI J. (1981), „Therapie von Sexualstörungen - Phaartherapie oder Sexualtherapie?", *Familiendynamik*, 3, 248-259.

WILLI J. (1991), *Was hält Paare zusammen?*, Reinbek: Rohwolt.

WITTLING W. (1980), „Klinische Psychologie im Rahmen medizinischer Probleme und Institutionen", *in*: W. WITTLING (ed.), vol. 6, 341-407.

WITTLING W. (ed.) (1980), *Handbuch der Klinischen Psychologie*, Hamburg: Hoffman & Campe.

WITTMAN W.W. & MATT G.E. (1986), „Meta-Analyse als Integration von Forschungsergebnissen am Beispiel deutschsprachiger Arbeiten zur Effektivität von Psychotherapie", *Psychologische Rundschau*, 37, 20-40.

WOLBERG L. (1967; 1977-3) *The Technique of Psychotherapy*, New York: Grune & Stratton.

WOLPE J. (1958), *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, Stanford: Stanford Univeristy Press.

WOOLFOLK R.L. & MC NULTY T.F. (1983), „Relaxation Treatment for Insomnia: a Component Analysis", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 4, 495-503.

YATES A.J. (1970), *Behavior Therapy*, New York: Wiley.

ZAJONC R. (1980), „Feeling and Thinking", *American Psychologist*, 35, 151-175.

ZEISS A.M., LEWINSOHN P.M. & MUNOZ R.F. (1979), „Non-Specific Improvement Effects in Depression Using Interpersonal Skill Training, Pleasant Activity Schedule, or Cognitive Training", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 254-260.

ZERBIN-RÜDINE E. (1969), „Zur Genetik der depressiven Erkrankungen", *in*: H. HIPPIUS & H. SELBACH (ed.), *Das depressive Syndrom*, München: Urban & Schwarzenberg, 37-56.

ZILBERGELD B. (1978), *Male Sexuality. A Guide to Sexual Fulfillment*, Boston-Toronto: Little, Brown and Company.

ZIMBARDO Ph. (1977), *Shyness, What it is, and What to do about it*, Menlo Park, Cal.: Addison-Wesley. Trad. fr. (1979): *Comprendre la timidité, ce qu'elle est, comment la dominer*, Paris: Interedition.

ZIMMER D. (1985), *Sexualität und Partnerschaft. Grundlagen und Praxis psychologischer Behandlung*, München: Urban & Schwarzenberg.

ZINTL-WIEGAND A., COOPER B. & KRUMM B. (1980), *Psychisch Kranke in der arztlichen Allgemeinpraxis: Eine Untersuchung in der Stadt Mannheim*, Weinheim: Beltz.

ZITRIN C.M., KLEIN D.F. & WOERNER M.G. (1978), „Behavior Therapy, Supportive Psychotherapy, Imipramine, and Phobia", *Archives of General Psychiatry*, 35, 307-316.

ZITRIN C.M., KLEIN D.F. & WOERNER M.G. (1980), „Treatment of Agoraphobia with Group Exposure *in Vivo* and Imipramine", *Archives of General Psychiatry*, 37, 63-72.

ZITRIN C.M., KLEIN D.F., WOERNER M.G. & ROSS D.C. (1983), „Tratment of Phobias: Comparison of Imipramine Hydrochloride and Placebo", *Archives of General Psychiatry*, 40, 125-138.

ZUBIN J. & SPRING B. (1977), „Vulnerability - A New View of Schizophrenia", *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

Cuprins

Introducere 5

Capitolul 1
Ce este o tulburare psihică? 11

1. Natura tulburărilor psihice 11
   1.1. Fapte şi criterii 14
   1.2. Modelele de boală 15
2. Varietăţi şi forme de tulburări psihice 20
   2.1. Clasificarea internaţională CIM-9 21
   2.2 Manualul diagnostic şi statistic al tulburărilor mintale (DSM) 27
3. Originea şi dezvoltarea tulburărilor psihice 28
   3.1. Modele de cauzalitate 30
   3.2. Factorii şi condiţiile dezvoltării tulburărilor psihice 31
4. Frecvenţa şi gravitatea tulburărilor psihice 34
   4.1. Frecvenţa 34
   4.2. Definiţia cazului şi amploarea gravităţii bolii 38
   4.3. Necesitatea tratamentului 40

Capitolul 2
Mijloace de tratament psihologic 45

1. Înţelepciunea populară, ajutorul psihologic şi psihoterapia 48
2. Obiective, niveluri şi domenii de aplicare 49
3. Scopuri, mijloace, metode şi forme de terapie 54
   3.1. Scopuri 54
   3.2. Mijloace, metode şi forme 57
   3.3. Forme de terapie şi manuale terapeutice 62
   3.4. Psihoterapia - clasificare practică şi definiţie 70

4. Asistenţa psihologică: ştiinţă aplicată, tehnologie sau artă? 74
5. Criza sistemelor şi declinul gîndirii centrate pe şcoli 80

Capitolul 3
Unele tulburări psihice importante şi tratarea lor 85

1. Anxietate, agorafobie şi panică 86
1.1. Abordarea psihanalitică 87
1.2. Modelul biologic al agorafobiei şi al tulburării iraţionale 90
1.3. Modelul psihofiziologic (comportamental) 95
1.4. Recomandări de tratament 98
2. Fobiile specifice (simple) 99
2.1. Dezvoltarea şi persistenţa 100
2.2. Terapia fobiilor specifice 101
2.3. Recomandări de tratament 102
3. Fobiile sociale 102
3.1. Modelul biologic 102
3.2. Modelul terapiei cognitivo-comportamentale 105
3.3. Recomandări de tratament 107
4. Anxietatea generalizată 108
4.1. Abordarea biologică 109
4.2. Abordarea psihofiziologică (comportamentală) 110
4.3. Recomandări privind tratamentul 112
5. Tulburările obsesionale-compulsive 113
5.1. Concepţia psihanalitică 114
5.2. Modelul biologic al tulburărilor obsesionale 115
5.3. Tulburările obsesionale din perspectiva comportamentală 117
5.4. Recomandări de tratament 121
6. Depresiile 121
6.1. Modele empirice validate privind dezvoltarea şi tratarea depresiilor 123
7. Rezumatul recomandărilor de tratament 140

Capitolul 4
Tulburări de somn, tulburări sexuale funcţionale şi probleme de cuplu 143

1. Tulburări de somn 143
1.1. Forme de tulburări de somn 143
1.2. Caracteristicile insomniilor 144

1.3. Forme de insomnii 145
1.4. Originea şi dezvoltarea insomniilor primare 146
1.5. Tratamentul insomniilor 147
1.6. Recomandări de tratament 153
2. Tulburări sexuale funcţionale 153
2.1. Descrierea tulburărilor 153
2.2. Frecvenţa tulburărilor sexuale funcţionale 155
2.3. Abordări privind geneza şi tratamentul tulburărilor sexuale funcţionale 158
2.4. Recomandări de tratament 165
3. Tulburări şi dizarmonii ale cuplului 166
3.1 Frecvenţă şi importanţă 166
3.2. Caracteristicile şi geneza problemelor de cuplu 167
3.3. Tratamentul tulburărilor relaţionale şi de interacţiune 175
3.4. Recomandări privind tratamentul 181

Capitolul 5
Concret: ce ar trebui să ştim dacă vrem să facem ceva. Unele aspecte critice 187

1. Analiza şi clarificarea problemei 188
2. Terapia potrivită fiecărui pacient 190
2.1. Problematica 190
2.2. Indicaţii utile 205
3. Căutarea şi alegerea unui terapeut 210
3.1. Caracteristicile profesionale ale terapeutului 211
3.2. Trăsături de personalitate şi calităţi umane 214
4. Cum să găseşti terapeutul cel "bun"? 215
4.1. Căutarea informaţiilor 215
4.2. Prima convorbire 218
4.3. Decizia şi terapia 219

Anexa 1
Cercetarea în psihoterapie 223

1. Metode de cercetare 224
1.1. Studiul de caz 224
1.2. Metodele diferenţiale 225
1.3. Studiul experimental 226
2. Probleme particulare ale cercetării în psihoterapie 228
2.1. Alegerea variabilelor 229
2.2. Problema grupurilor de control 229

2.3. Evaluarea efectelor tratamentului 230
3. Cercetarea privind efectele terapeutice 232
3.1 Studiul de caz 232
3.2. Evaluări, planuri experimentale şi grupuri de control 233
3.3. Studiul pe teren 233
3.4. Studiul experimental 235
3.5. Studii comparative şi metaanalize 237
4. Cercetarea asupra proceselor terapeutice 245
4.1. Variabilele-pacient 246
4.2. Variabilele-terapeut 250
5. Cercetarea privind indicaţiile 256

Anexa 2
Liste de întrebări 259

1. Ambivalenţă: ezitare înainte de a consulta un terapeut 259
2. Inventar 260
3. Terapeutul pe care doresc să-l am 262
4. Prima convorbire 262
5. Impresii după prima convorbire 263
6. Schemă pentru a facilita luarea deciziei după lectura capitolului 5 264

Bibliografie 267

CĂRŢI EDITATE DE „ŞTIINŢĂ & TEHNICĂ"

PSIHOTESTE 2
CUNOAŞTEREA DE SINE ŞI A CELORLALŢI

Drumul cunoaşterii de sine şi a celorlalţi presupune sinceritate, perseverenţă, spontaneitate în intuirea propriei personalităţi sau a celor cu care venim în contact, dar şi apelul la instrumentele cunoaşterii ştiinţifice, respectiv apelul la testele psihologice. Cele peste 100 de psihoteste cuprinse în acest volum, selecţionate şi prezentate de psihologi recunoscuţi, vă vor ajuta – sperăm – să avansaţi în efortul dumneavoastră de autocunoaştere şi cunoaştere a celorlalţi.

(304 pagini, 25 000 lei)

SEDUCŢIA - Arta de a cuceri
autor: Timothy Wren
Traducere din limba engleză

Lucrarea tratează formele de optimizare a relaţiilor umane, de la relaţiile de dragoste până la cele de serviciu, pentru a te face plăcut şi util. Această carte este foarte utilă tinerilor şi celor ce lucrează în domeniul public.

(336 pagini, 15 000 lei)

TERAPIA HORMONALĂ
DE SUBSTITUŢIE
autor: dr. Betty Kamen
Traducere din limba engleză

Cartea reprezintă o valoroasă sursă de instruire pentru femeia secolului XXI. În esenţă, prin intermediul ei, femeile sunt informate, clar şi eficient, despre hormoni şi chimia corpului lor. În sfârşit, li se oferă informaţiile, instrumentele şi resursele de care au nevoie pentru a lua decizii, în cunoştinţă de cauză, în legătură cu propriul echilibru endocrin.

(244 pagini, 11 000 lei)

COPIII SUPRADOTAȚI
autor: dr Mihai Jigău

Lucrarea trece în revistă modul de depistare și valorificare, de la o vârstă fragedă, de către părinți și educatori; a copiilor cu calități intelectuale deosebite.

(384 pagini, 16 000 lei)

COMUNICAREA
autor: Nicki Stanton
Traducere din limba engleză
din seria Macmillan Professionnal Masters

Lucrarea cuprinde toate modalitățile de comunicare interpersonală într-o manieră pragmatică specifică stilului american de viață.

(320 pagini, 29 000 lei)

SUPERVIZAREA
autori: M. Savedra, J. Hawthorne
Traducere din limba engleză
din seria Macmillan Professionnal Masters

Cartea este o sinteză privind metodele de supraveghere și control în derularea unor afaceri.

(208 pagini, 18 000 lei)

PLANUL DE AFACERI
autori: J. Bessis ș.a.
Traducere din limba franceză

Lucrarea - utilă nu numai celor ce se pregătesc în acest domeniu, ci și celor ce lucrează în întreprinderi sau instituții - se referă la conceperea, proiectarea și aplicarea unui plan de afaceri pentru un proiect de activitate sau a unui plan de dezvoltare a unei afaceri existente. Sunt luate în considerare toate elementele ce concură la conceperea acestui plan: definirea obiectivelor, gestiunea resurselor umane, analiza pieței, a concurenței, politica prețurilor, definirea elementelor de fluctuație din mediul înconjurător etc.

(192 pagini, 20 000 lei)